WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK MAJ—CZERWIEC

ROK VII 1935 NUMER 3

Prof. dr. SCHOTTMÜLLER. Klin. Chor. Wewn. w Hamburgu.

POSOCZNICA, JEJ ROZPOZNANIE BAKTERJOLOGICZNE ORAZ GŁÓWNE ZASADY LECZENIA.

(Referat według Münch. Mediz. Woch. 1933, Nr. 34).

Wiadomości nasze o istocie posocznicy nie są dotychczas tak jasne i tak dokładne, jakby to odpowiadało współczesnemu stanowi wiedzy i znaczeniu, które należy przypisywać tej chorobie.

Określenie „septicemja" jest niewątpliwie najodpowiedniejsze dla interesującej nas jednostki chorobowej. Inne nazwy stanów związanych z wtargnięciem zarazków do krwi, jak pyohemja, septikopyemja, pyemja i t. d., stosuje się zwykle dla określenia szczególnych przypadków posocznicy-septicemji.

Już przed 20 laty *Schottmüller* występował przeciwko ogólnie wówczas przyjętemu twierdzeniu, jakoby stany septyczne miały zależeć od rozmnażania się drobnoustrojów we krwi krążącej. Odrębne poglądy *Schottmüllera* nie zyskały wówczas uznania, pomimo że nikt nie potrafił mu przeciwstawić dostatecznie uzasadnionych argumentów. *Schottmüller* natomiast wykazał, że bakterje we krwi żyjącego człowieka nigdy i w żadnych warunkach rozmnażać się nie mogą.

Już w owym czasie wiadomo było, że w pewnych przypadkach uogólnionych zakażeń udaje się zapomocą specjalnych sposobów posiewów wykryć we krwi krążącej czynniki chorobotwórcze posocznicy *(Sittmann, Kühnau, Canon)*. Dalsze badania potwierdziły słuszność poglądu *Schottmüllera*, opartego na bardzo dużej ilości badań, że w przebiegu posocznicy krew zawiera stale lub okresowo pewną, stosunkowo nieznaczną ilość bakteryj. Ilość zarazków prawie nigdy nie bywa tak wielka, aby można je było wykryć zapomocą zwykłego mikroskopowego badania preparatów krwi. *Schottmüllerowi* np. udało się to zaledwie jeden raz. Istotny stan rzeczy przedstawia się więc przy posocznicy zupełnie inaczej niż np. przy zimnicy, która jest prawdziwem zakażeniem krwi. Ilość bakteryj, które udaje się otrzymać w 1 cm^3 posiewu krwi nie przekracza zwykle kilkuset,

a nigdy kilku tysięcy. Ta ograniczona ilość kolonij, które można otrzymać z posiewu krwi, przemawia stanowczo przeciwko możliwości rozmnażania się zarazków we krwi krążącej. Należy się więc liczyć z faktem, że znakomita większość posiewów krwi w przypadkach posocznicy nie daje wyników dodatnich, z wyjątkiem przypadków zapalenia wsierdzia, oraz że wynik ujemny nie jest żadnym pewnym dowodem, przemawiającym przeciwko septicemji. U chorych, u których występują gwałtowne dreszcze, najodpowiedniejszą porą dla pobrania krwi jest czas tuż przed wystąpieniem dreszczy lub najpóźniej na samym ich początku, gdyż zaraz po dreszczach wszystkie krążące we krwi bakterje zwykle znikają i wykryć je przeważnie w żaden sposób już się nie udaje.

Fakt, że w przebiegu zakażenia septycznego zarazki chorobotwórcze krążą we krwi i mogą zostać wykryte zapomocą odpowiedniego posiewu, tłumaczy *Schottmüller* obecnością „ogniska septycznego". We wszystkich przypadkach tego rodzaju, w których okazuje się, że możliwe jest wyhodowanie drobnoustrojów ze krwi krążącej, lub w których obraz kliniczny przedstawia cechy charakterystyczne dla posocznicy, udaje się wykryć w obrębie układu naczyniowego jedno lub więcej ognisk, czasami jeszcze za życia chorego, a prawie zawsze po jego śmierci. Jedynie wyjątkowo ognisko septyczne stanowi jednocześnie wrota wejścia zarazków chorobotwórczych. Rozmnażanie się bakteryj w któremkolwiek miejscu układu naczyniowego wyjaśnia istnienie bakterjemji i całość zespołu objawów posocznicy, gdyż krew, przepływając w pobliżu ogniska septycznego, stale porywa mniejszą lub większą ilość zarazków i rozprasza je następnie po wszystkich naczyniach krwionośnych. Stąd właśnie powstał błędny pogląd, że rozmnażanie się zarazków odbywa się w samej krwi.

Nie we wszystkich przypadkach udaje się wykryć ognisko septyczne za życia chorego, podobnie jak niezawsze jesteśmy w stanie przy gruźlicy prosówkowej wykryć miejsce, z którego laseczniki Kocha przeniknęły do obiegu krwi, a które stanowi według naszej teorji nic innego jak swoiste ognisko septyczne. Wykrycie takiego ogniska bywa, nawiasem mówiąc, przy gruźlicy jeszcze trudniejsze niż przy właściwych posocznicach. Oprócz tego prototypu ogniska septycznego, polegającego na obecności siedliska bakteryj w jakiemkolwiek miejscu układu naczyniowego, istnieje jeszcze inna odmiana źródła zakażeń bakteryjnych, a mianowicie zakażone narządy jamiste, z których w ściśle określonych warunkach mogą przenikać do krążenia zarazki i powodować bakterjemję z typowemi objawami klinicznemi posocznicy.

Różne postacie bakterjemji, bez względu na ich pochodzenie, mogą prowadzić do obrazu klinicznego zakażenia ogólnego. Symptomatologja takiego zakażenia bywa jednak tak różnorodna, że nie można tu mówić o ściśle określonej jednostce chorobowej. Czynnikiem wspólnym we wszystkich przypadkach jest zawsze obecność ogniska septycznego.

Częstość ukazywania się zarazków we krwi, stałość lub okresowość tego ukazywania się, ilość bakteryj przenikających do krwi, zależą od właściwości

i rozmiarów ogniska septycznego. Te właśnie czynniki oraz rodzaj i złośliwość zarazków warunkują stopień ciężkości i czas trwania choroby.

Ostry, podostry lub przewlekły przebieg posocznicy zależy przedewszystkiem od złośliwości zarazków; dalszym ważnym czynnikiem rozstrzygającym o biegu sprawy chorobowej jest „stosunek złośliwości" między drobnoustrojem a chorym osobnikiem.

Przeniknięcie nagłe lub podstępne zarazków, o złośliwości silnej lub słabej, z następczą bakterjolizą lub odpowiednią toksemją — oto czynniki określające bieg septicemji. Obraz kliniczny posocznicy może ponadto zostać zamaskowany lub opanowany przez powstające wtórne przerzuty.

Ognisko septyczne może wygasnąć samoistnie lub pod wpływem zabiegów leczniczych, jak np. przy poronieniu septycznem. W podobnych przypadkach również i septicemja wygasa i rokowanie, dotychczas poważne, staje się pomyślnem. Z klinicznego obrazu groźnej bakterjemji mogą pozostać jedynie ogniska przerzutowe i wywoływać w ciągu tygodni lub miesięcy uporczywą gorączkę. Lekarz ma obowiązek wyszukania siedliska ognisk zakaźnych i dążyć do usunięcia ich zapomocą wszelkich dostępnych mu sposobów. Lekarz nigdy nie powinien poddawać się nieuzasadnionemu pesymizmowi, który mu zwykle narzuca zasadniczo złe rokowanie posocznicy.

Doświadczenie kliniczne, potwierdzone danemi anatomji patologicznej, poucza, że przy posocznicy ogniska septyczne mogą się znajdować w następujących narządach:

a) w sercu, jak: zapalenie wsierdzia, rzadziej w układzie tętniczym (endarteriitis);
b) w układzie żylnym (endophlebitis, thrombophlebitis);
c) w układzie chłonnym (lymphangitis);
d) w obrębie ścian narządów jamistych w określonych warunkach mechanicznych, np. przy niedrożności kamicowej i skurczu narządu, jak to ma miejsce przy zapaleniu woreczka żółciowego i przy poronieniu septycznem.

Określenie posocznicy, podane przez *Schottmüllera* już w roku 1914, jest następujące:

Posocznica powstaje wtedy, gdy istnieje w ustroju ognisko, z którego stale lub okresowo odbywa się przenikanie zarazków chorobotwórczych do krwi i gdy to przenikanie wywołuje podmiotowe i przedmiotowe objawy chorobowe.

Rozpoznanie posocznicy na podstawie badania bakterjologicznego krwi natrafia na bardzo duże trudności. Zwykłe metody badania jedynie w wyjątkowych przypadkach pozwalają wykryć zarazki.

Na wniosek *Schottmüllera* zakłady Bayer (Behringwerke, Marburg) zaczęły wytwarzać wielkie „venule", zawierające odpowiednią mieszaninę glukozy i agar-agaru. Stosowanie tych venul znakomicie ułatwia pracę pobierania krwi dla celów posiewu przy łóżku chorego. Przed użyciem należy venulę gotować przez 10 minut w wodzie, aż agar-agar zupełnie się rozpuści. Następnie wkłu-

wamy igłę venuli do żyły chorego. Lekkie naciśnięcie na zgięcie między igłą i venulą wystarcza, aby do wnętrza venuli przeniknęło samoczynnie 15 cm^3 krwi (venula zawiera ponad agarem próżnię). Wstrząsamy venulę energicznie conajmniej w ciągu 2 minut, aby krew dokładnie zmieszała się z agar-agarem. Zanurzamy venulę na kilka chwil do zimnej wody, aby mieszanina stwardniała i posiew gotów jest do przesłania do zakładu bakterjologicznego.

Zalety tej metody są oczywiste: metoda venuli umożliwia każdemu lekarzowi-praktykowi dokonanie posiewu krwi w najlepszych warunkach, to znaczy, unikając wszelkiego zetknięcia podłoża z drobnoustrojami zewnętrznemi, co było dotychczas możliwe jedynie w wielkich szpitalach, przy stosowaniu zawiłych i kosztownych metod.

Następna ważna zaleta wielkich venul z agar-agarem i glukozą polega na możności dokonywania posiewów zarówno tlenowców jak i beztlenowców. Wiadomo, że istnieją posocznice wywołane nietylko przez tlenowce lub beztlenowce oddzielnie, lecz przez obie odmiany tych bakteryj jednocześnie. Pomimo że warstwa agar-agaru, znajdująca się w venuli, jest stosunkowo cienka, można jednak, rozcinając ją ostrożnie w laboratorjum, otrzymać z niej czyste hodowle.

Co się tyczy leczenia posocznicy, autor stwierdza z przykrością fakt, że zagadnienie to od 20 lat niestety nie posunęło się naprzód i że w większości przypadków jesteśmy wobec tej choroby bezradni. Leczenie posocznicy może zostać uwieńczone powodzeniem jedynie wówczas, gdy ognisko septyczne jest dostępne dla noża chirurga, co zdarza się naogół bardzo rzadko. Jeżeli ognisko septyczne przebiega pod postacią zakrzepu żylnego (trombophlebitis lub endophlebitis) w żyle szyjnej, w przypadkach posocznicy pochodzenia usznego lub poanginowego, następnie przy umiejscowieniu się sprawy chorobowej w obrębie kończyny lub rozgałęzień żyły wrotnej, wówczas zabieg krwawy może doprowadzić do wyleczenia, jeżeli choroba nie była posunięta zbyt daleko. Podwiązanie żył w przypadkach posocznicy połogowej nie daje większych widoków powodzenia, chociaż z teoretycznego punktu widzenia opiera się ono na tak samo uzasadnionych podstawach jak podwiązanie żył szyjnych. Jedynie warunki anatomiczne, niejednakowy przebieg żył, na których dokonywa się zabiegu, trudność odróżnienia żył zakażonych oraz szereg innych okoliczności sprawia, że operacja ta rzadko bardzo bywa uwieńczona powodzeniem. W przypadkach żylnych ognisk posoczniczych w obrębie żyły wrotnej wynik zabiegu zależy od wczesnego rozpoznania. Jeżeli to rozpoznanie jest możliwe, to nawet w tej wyjątkowo ciężkiej postaci septicemji udaje się czasem osiągnąć wyleczenie, jak tego dowodzi kilka przypadków podwiązania żył krezkowych, wykonanych na zlecenie *Schottmüllera.*

Przy posocznicy limfatycznej zabiegi chirurgiczne mają jedynie bardzo ograniczone wskazania. W gardle, pod pachą i w okolicy pachwinowej można dokonać nacięcia zropiałego gruczołu dla uniknięcia ew. przedziurawienia w kierunku do żyły, co groziłoby pewną śmiertelną septicemją. Zapalenia naczyń

chłonnych należy zawsze starannie leczyć według przepisów chirurgicznych. Tutaj nacięcie jest wskazane jedynie przy tworzeniu się ropnia lub flegmony. Natomiast w przypadkach zapalenia naczyń tkanki okołomacicznej lub gardzielowej zwracanie się do noża jest stanowczo przeciwwskazane (z wyjątkiem, oczywiście, wytwarzania się ograniczonego ropnia).

Narządy jamiste, zawierające ogniska ropne, są najwdzięczniejszem wskazaniem dla leczenia chirurgicznego.

W przypadkach osiedlenia się zarazków posoczniczych na wsierdziu lub w żyłach interwencja internistyczna jest ciągle jeszcze skazana na niepowodzenie, gdyż nie posiadamy dotychczas, niestety, żadnego środka odkażającego, któryby był w stanie unieszkodliwić żyjące tam zarazki lub okazać pod tym względem skuteczną pomoc energji życiowej ustroju.

W stanach zakaźnych, wywołanych przez paciorkowce, laseczniki zgorzeli gazowej lub obrzęku złośliwego najskuteczniejszem jest według *Schottmüllera* stosowanie dobrej surowicy uodporniającej oraz przetaczanie znacznych ilości krwi ozdrowieńców (jeśli możliwe 1 litr).

We wszystkich przypadkach posocznicy należy również bezwarunkowo na szeroką skalę korzystać ze wszelkich czynników podtrzymujących siły serca i krążenia, a mianowicie strofantyny, coraminy, cardiazolu, kofeiny i adrenaliny, przyczem wskazane jest stosować te preparaty naprzemian. Układ naczyniowy, który traci w przebiegu posocznicy znaczne ilości wody, należy w ciągu kilku dni pokrzepiać przez dożylne wlewanie kropla po kropli kalorozy lub roztworu Ringera z dodatkiem adrenaliny lub sympatolu.

Dr. VICTOR C. IRK, Szpital w Aradzie (Rumunja).

STOSOWANIE RIVANOLU W PRAKTYCE CHIRURGICZNEJ.

(Referat według Clujul Medical 1934, Nr. 4).

Zabiegi chirurgiczne w jamie brzusznej kończą się, niestety, dość często niepomyślnie z powodu zapalenia otrzewnej wikłającego zabieg chirurgiczny. W związku z tem wielu autorów jest zdania, że przy wszystkich laparotomjach, przy których wskutek zasadniczej sprawy chorobowej doszło już do zakażenia jamy otrzewnowej lub zachodzi niebezpieczeństwo, że miejscowo ograniczone ognisko zakaźne może wskutek samego zabiegu operacyjnego przyjąć szersze rozmiary, należy stosować przepłókiwania jamy brzusznej względnie małej miednicy zapomocą Rivanolu. Autor stosuje dla przepłókiwań jak również do następczych wlewań 1—2‰-owy roztwór Rivanolu, przyczem roztwór przygotowuje się za każdym razem na świeżo w wodzie przekroplonej i następnie wy-

jaławia. Przepłókiwanie wykonywa się zapomocą grubego, zaopatrzonego w liczne otwory węża gumowego od irygatora, długości ¼ — ½ metra. Rurkę tę wprowadzamy przez otwór cięcia operacyjnego możliwie głęboko i ostrożnie do jamy brzusznej, a także do miednicy małej. Następnie łączymy rurkę z irygatorem (jałowym!), wypełnionym dwoma litrami roztworu Rivanolu. Przepłókujemy tak długo, dopóki roztwór wypływający przez otwór operacyjny nie stanie się zupełnie czysty, gdyż zmętnienie płynu dowodzi obecności ropy. Stosowania dużego ciśnienia należy bezwarunkowo unikać i w związku z tem nie wolno trzymać irygatora zbyt wysoko. Ilość płynu użytego dla przepłókiwania waha się przeciętnie od 2 do 5 litrów roztworu. Zawsze pozostaje w jamie około 250 cm^3 roztworu. Rivanol nie wywołuje zrostów kiszek, o czem autor mógł się przekonać kilkakrotnie w przypadkach, w których zachodziła konieczność dokonania powtórnej laparotomji. Materjał operacyjny autora, w którym stosowano omawiane przepłókiwania rivanolowe, jest następujący:

107 chorych dotkniętych ostrem zapaleniem wyrostka robaczkowego, przy którem, chociaż nie doszło jeszcze do przedziurawienia, jednakże stwierdzano już zmętnienie płynu otrzewnowego, prawdopodobnie jako wyraz przenikania zarazków chorobotwórczych przez uszkodzoną ścianę wyrostka. W przypadkach tych osiągano zawsze wyleczenie bez dopuszczenia do ujawnienia się objawów podrażnienia otrzewnowego.

16 chorych ze zgorzelinowem zapaleniem wyrostka robaczkowego, 3 ze zgorzelą wyrostka z przedziurawieniem, 3 z przedziurawienem podstawowem oraz przedziurawieniem części kątniczej. Wszyscy chorzy pomimo już istniejącego miejscowego ropnego zapalenia otrzewnej zostali wyleczeni. Z dalszych 5 chorych z uogólnionem zapaleniem otrzewnej po przedziurawieniu wyrostka 4-ch zostało wyleczonych, a tylko jednego z ciężką septyczną postacią zapalenia otrzewnej uratować już się nie udało.

U dalszych 14 chorych z miejscowo ograniczonym ropniem okołokątniczym założono podwójny sączek gumowy, przez który dokonywano codziennie ostrożnych przepłókiwań z roztworu Rivanolu (około 100 cm^3). Czas leczenia takich ropni, który zwykle przeciąga się na długie tygodnie, można było w ten sposób skrócić więcej niż o połowę. Następnie zastosowano Rivanol w 8 przypadkach laparotomij, w których wskutek uszkodzenia kiszek obawiano się zapalenia otrzewnej.

Przepłókiwania miednicy małej zastosowano przy 35 operacjach ginekologicznych o wątpliwej aseptyce, jak np. po wycięciu przewlekle zapalnie zmienionych przydatków i po całkowitem wycięciu macicy z powodu rozpadającego się raka.

Rivanol stosowano miejscowo również w położnictwie, 8 razy przy zaniedbanem położeniu poprzecznem, przy którem dokonano obrotu i wydobycia, 10 razy przy kleszczach, 6 razy przy cięciu cesarskiem, 1 raz przy rzucawce porodowej (†), 1 raz przy całkowitem wycięciu macicy z powodu samoistnego pęknięcia przy zaniedbanem ułożeniu poprzecznem. Przy wszystkich szyciach krocza po pęknięciach krocza stosowano jako prawidło opatrunki z Rivanolu, dzięki czemu osiągnięto gładkie wyleczenie w 92% przypadków.

Na szczególną uwagę zasługują dwa przypadki z zaniedbanem przyrośnięciem łożyska po donoszonej ciąży i porodzie. Groźne objawy ogólne zmuszały do doraźnej energicznej interwencji. Obie kobiety, którym dokonano później kilkakrotnych przepłókiwań macicy Rivanolem, pozostały przy życiu. Również jedną pacjentkę, dotkniętą zakażeniem połogowem, udało się uratować zapomocą kombinowanego stosowania Rivanolu: miejscowo i dożylnie. Z pośród 21 kobiet po poronieniu przebiegającem z gorączką, którym po dokonanem skrobaniu jamy

macicznej zakładano stale tampony z Rivanolu, zmarła tylko jedna, przysłana do szpitala już w stanie rozpaczliwym.

Zapomocą tych zabiegów udało się wyleczyć 43 kobiety z wątpliwą aseptyką oraz dotknięte przewlekłem ropnem zapaleniem błony śluzowej macicy. Powyższe pomyślne wyniki skłoniły autora, aby we wszystkich przypadkach skrobanki zakładać do pochwy tampon nasycony roztworem Rivanolu. Dzięki temu udawało się we wszystkich bez wyjątku przypadkach uniknąć następczych stanów zapalnych śluzówki macicznej, nawet przy obecności przewlekłych upławów.

Rivanol stosowano również przy leczeniu 221 przypadków zanieczyszczonych ran. Wilgotne opatrunki rivanolowe przyczyniały się do nadzwyczaj pomyślnego przebiegu gojenia się. W 15 przypadkach, w których po zanieczyszczonem uszkodzeniu urazowem zachodziła potrzeba zastosowania trwałego szwu osiągnięto wyleczenie per primam, oczywiście, przy jednoczesnej umiejętnej toalecie rany. Następnie stosowano 4 razy Rivanol przy powikłanych złamaniach kości, 3 razy przy trepanacjach czaszki z powodu złamania urazowego, 2 razy przy enukleacjach gałki ocznej po niszczącem uszkodzeniu oka.

Rozległe zastosowanie znalazł Rivanol również przy nieżytach pęcherza moczowego. Autor zwraca baczną uwagę na konieczność stosowania dla przepłókiwań pęcherza jedynie bardzo słabych roztworów ($^{1}/_{4}$ — $^{1}/_{2}$ ‰). Pozatem przepłókiwania pęcherza należy dokonywać tylko pod zupełnie słabem ciśnieniem i jedynie do bezbolesnego wypełnienia pęcherza. Roztwór Rivanolu wykazywał przytem w przypadkach krwawień pęcherzowych znakomite działanie tamujące krwawienie. W ciągu 3 lat leczono w ten sposób 50 chorych, przyczem oprócz leczenia miejscowego stosowano dla wzmocnienia skuteczności terapji dożylne wstrzykiwania $^{1}/_{2}$%-owego roztworu Trypaflaviny. Wyniki lecznicze były nadzwyczaj pomyślne.

Również przy wszystkich zabiegach urologicznych (operacje kamieni pęcherzowych, szwy cewki moczowej) stosowano przepłókiwania z Rivanolu. Rivanol stosowano następnie we wszystkich przypadkach w których zachodziła konieczność założenia cewnika na stałe. Po operacjach pęcherzowych autor stwierdzał niewątpliwe skrócenie czasu gojenia się rany.

Roztwór Rivanolu stosowano również przy wszelkich sprawach ropnych, jak np. w 72 przypadkach flegmony części miękkich, 4 razy przy ostrem zapaleniu wyrostka sutkowego, 2 razy przy zapaleniu gruczołu piersiowego oraz 6 razy przy ropnem zapaleniu opłucnej. Zamiast resekcji żebra dokonywano co drugi dzień nakłucia jamy opłucnowej z następczem wstrzykiwaniem Rivanolu.

Dr. P. FRICK, Klin. Pedj. Uniw. w Giessen.

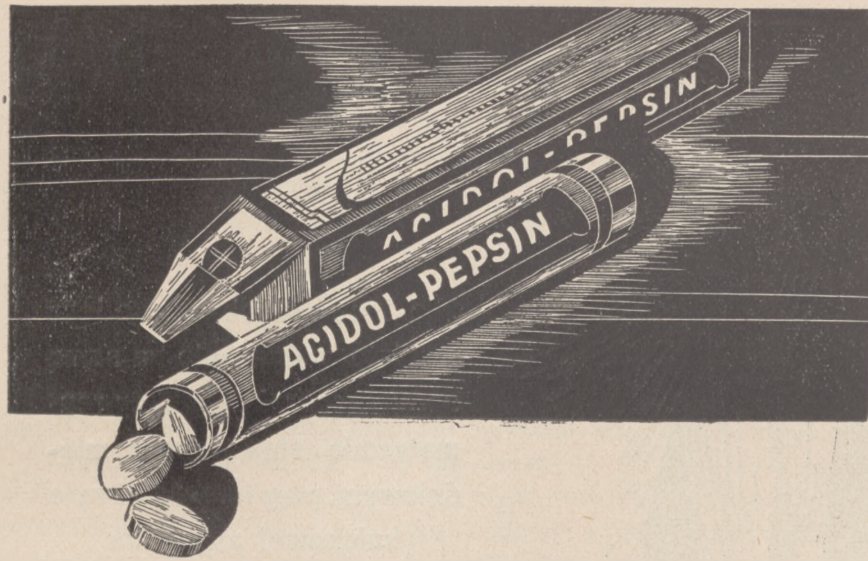
LECZENIE KRZYWICY.

(Referat według Ther. Ggwrt. 1934, Nr. 3).

Przy powstawaniu krzywicy współdziała zwykle cały szereg czynników szkodliwych; nie należy przytem oskarżać wyłącznie niedostatecznej ilości światła; nie ulega wątpliwości, że również i nieodpowiednia opieka i niewłaściwy sposób odżywiania przyczyniają się w znacznym stopniu do powstania choroby. Największą skłonność do krzywicy okazują przytem nie dzieci niedostatecznie odżywiane, lecz właśnie przekarmione, zwłaszcza mlekiem. Pozatem usposobienie do tego schorzenia układu kostnego udziela się w rodzinach krzywiczych drogą dziedziczności. Wyniki leczenia oceniamy zapomocą sprawdzania stanu kości na obrazie rentgenowskim i na podstawie zawartości nieorganicznego fosforu w surowicy krwi. Poziom fosforu jest w przypadkach ciężkiej krzywicy bardzo niski i w miarę poprawy dochodzi stopniowo do normy (5 mg%), albo ją nawet przekracza. Pod względem klinicznym poprawa przejawia się we wzmożonej chęci do ruchu i w niezwykłej przemianie nastroju. Średnio-ciężką krzywicę niemowlęcia można przeciętnie wyleczyć w ciągu 4 — 6 tygodni.

Leczenie lampą kwarcową ma duże zalety; wywiera ono nietylko swoisty wpływ przeciwkrzywiczy, lecz pobudza również przemianę materji dziecka i zwiększa w znacznym stopniu jego odporność w stosunku do wszelkich zakażeń. I chociaż leczenie naświetlaniami oddaje nam tak cenne usługi, jest ono jednak przeciwwskazane u dzieci dotkniętych sprawą gruźliczą, wykazującą skłonność do obostrzeń. U niemowląt z utajoną spazmofilją naświetlanie bez uprzedniego przygotowania może się przyczynić do wystąpienia drgawek; dzieci takie można łatwo rozpoznać zapomocą badania odruchu twarzowego. Również i dzieci wybitnie neuropatyczne nie nadają się do naświetlań lampą kwarcową, gdyż pobudliwość ich wzmaga się jeszcze silniej.

Z pośród licznych preparatów naświetlanej ergosteryny jedynie udoskonalony w międzyczasie Vigantol zachował swą całkowitą wartość. 1 cm^3 (= 25 kropel) Vigantolu zawiera 0,3 mg krystalicznej witaminy D; 1 mg = 50 międzynarodowym jednostkom. Dla celów leczniczych podaje się w ciągu 6 — 8 tygodni 2 razy dziennie po 5 kropel, najlepiej w mleku. Dla zapobiegania w tak zwanych małosłonecznych miesiącach wystarczają 2 — 3 krople 2 razy dziennie w ciągu miesiąca, poczem zarządza się 6-tygodniową przerwę i powtarza następnie jeszcze raz taką samą kurację. Ostrożne ograniczanie dawki wyłącza z całą pewnością wszelkie niebezpieczeństwo hiperwitaminozy. Na początku stosowania witaminy D, gdy nie znano jeszcze dokładnie jej właściwości, zdarzały się przypadki zaburzeń ustrojowych wskutek przedawkowania; obecnie są one możliwe jedynie przy znacznem przedawkowaniu u osobników nie choru-



Acidol-Pepsin

preparat kwasu solnego z pepsyną w postaci pastylek.

W porównaniu z płynnemi przetworami kwasu solnego z pepsyną Acidol-Pepsina odznacza się pomyślniejszym i dłużej trwającym wpływem na wydzielanie żołądkowe.

Brak działania żrącego, dobry smak, nieograniczona trwałość, wygodny dla pacjenta sposób przechowywania (pastylki a nie płyn).

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

rurki po 10 i pudełka po 50 pastylek à 0,5 g

Moc I bardzo kwaśne. *Moc II słabo kwaśne.*

BAYER

»Bayer«

LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agenturowy „REMEDIA"

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5.

jących na krzywicę lub przy niepotrzebnem dalszem energicznem stosowaniu po osiągniętem już wyleczeniu.

Niezależnie od dostarczania witaminy D należy dbać o odpowiednie odżywianie chorego na krzywicę dziecka. I chociaż mleko matki dostarcza dziecku pewnej ochony przeciw krzywicy, to nie należy go jednak podawać w nadmiernej ilości. U niemowląt sztucznie karmionych ilość dobowa mleka nie powinna przekraczać 0,5 litra, przyczem uzupełniamy pożywienie pokarmami maślano-mącznemi i wcześnie dodajemy jarzyny. Pożywienie dobowe dla 4-miesięcznego przekarmionego dziecka wagi 6000 g powinno się np. składać z 4 razy dziennie po 200 g kleiku owsianego na mleku + 5% cukru oraz 1 raz dziennie 200 g jarzyn. Wartość odżywcza takiej diety wynosi około 80 — 90 kaloryj. Do tego pożywienia dodajemy, poczynając już od 8-go tygodnia życia, świeże soki cytrynowe, pomarańczowe lub pomidorowe w dawkach po 2—3 łyżeczki od herbaty dziennie (dodajemy kroplami do mleka bezpośrednio przed piciem). Od 5-go miesiąca można dodawać do jarzyn ½ żółtka. Dzieci powinny możliwie przebywać w dobrze przewietrzanych, suchych pokojach, a nie w pomieszczeniach wilgotnych, np. w kuchni. Poduszki z pierza podtrzymują skłonność do pocenia się i utrudniają oddychanie skóry, wobec czego należy je zarzucić jako nieodpowiednie; podkładka gumowa lub ceratka powinny być z tego samego względu możliwie małe. Przegięciu dziecka zapobiegamy przez układanie go na równym materacu z płaską poduszką z włosia końskiego. Wczesne przyzwyczajanie do świeżego powietrza zmniejsza skłonność do zakażeń. Nie należy dążyć do sadzania lub stawiania dziecka, dopóki w związku ze stałem postępowaniem poprawy nie zacznie ono samo chętnie się poruszać. Jednakże z chwilą wyraźnego zwrotu ku lepszemu, wolno już mięśnie wzmacniać zapomocą lekkiego masażu i biernych ćwiczeń ruchowych. Masowanie powłok brzusznych wywiera bardzo pomyślny wpływ również i na istniejące przeważnie zaparcie.

Często dzieci krzywicze cierpią również na niedobarwliwą niedokrwistość pokarmową z guzem śledziony. Dobre wyniki daje w takich przypadkach podawanie 3 razy dziennie po 0,5 g Ferri reducti.

Zapobiegawcze i lecznicze podawanie dzieciom krzywiczym wapnia, które stosują jeszcze dzisiaj niektórzy praktycy, jest postępowaniem niewłaściwem i polega na przestarzałych błędnych pojęciach o istocie krzywicy; podawanie takim dzieciom wapnia jest zupełnie niepotrzebne, gdyż pożywienie niemowlęcia zawiera wapń w dostatecznej ilości.

Dr. PAWEŁ NEUDA, Klin. Chir. Uniw. w Wiedniu.

BADANIA KLINICZNO-DOŚWIADCZALNE NAD PATOLOGJĄ ZAKRZEPÓW I ZATORÓW.

(Referat według Ars Medici 1934, Nr. 2).

Pooperacyjne zakrzepy i zatory stanowią tylko szczególne przypadki ogólnego zagadnienia zakrzepów i zatorów, które należy ujmować z możliwie szerokiego punktu widzenia. Przyczyny wymieniane dotychczas dla wyjaśnienia istniejącej u ludzi skłonności do zakrzepów nie pozyskały powszechnego uznania. Spadek ciśnienia krwi i zastój, zmiany śródbłonka, zakażenie i zmiany stopnia dyspersji (stosunek albumin do globulin) — są to niewątpliwie czynniki ważne, ale mają one jedynie znaczenie sprzyjające, a nie rozstrzygające. W jądrze tak zwanej skłonności do zakrzepów tkwi zjawisko odpornościowe, które można wykazać w sposób następujący: liczne spostrzeżenia z kliniki wewnętrznej i chirurgicznej wykazały, że skłonność do zakrzepów stanowi skutek zmian chorobowych, związanych przeważnie z kiłą lub rakiem, przyczem choroby te stwierdza się albo u samego chorego, albo u jego rodziców. (U rodziców chorych stwierdza się ponadto oprócz raka lub kiły również i udar mózgowy, który jednak z kolei należy uważać za objaw istniejącej choroby zakrzepowej). W zbadanym materjale chirurgicznym, dotyczącym 13 przypadków masywnych zatorów płucnych, było 7 przypadków raka. Stosunek odsetkowy — kiła: rak: udar mózgowy: u chorych i ich rodziców wynosił 21,2% (pozatem 15% bardzo podejrzanych), 33,3%, 24,2%. Według wszelkich danych mamy tu do czynienia z obecnością określonych związków, przyspieszających zjawisko krzepnięcia i należących prawdopodobnie do grupy lipoidów. Ludzie, posiadający w swych sokach ustrojowych takie związki, są właśnie szczególnie usposobieni do wytwarzania się zakrzepów. Mechanizm wytwarzania się zakrzepu zbadano w sposób następujący: w surowicy krwi takich chorych wykazano obecność przeciwciał aglutynujących własne erytrocyty i łączących się pod wpływem zimna, przyczem już temperaturę pokojową należy uważać za zimną. Takie same własne przeciwciała stwierdzono również przy kile, chorobie Raynauda, śpiączce afrykańskiej (Trypanosomiasis), marskościach wątroby i t. d. *Neuda* zaś wykazał obecność omawianych własnych przeciwciał we wszystkich przypadkach raka (Wiedeńskie Towarzystwo Lekarskie 2.II.1934). W określonych sprzyjających warunkach, wśród których główną rolę odgrywa zimno, może dojść po operacji — w związku z wymianą płynów między tkankami i krwią — przy obecności tych związków, do połączenia i do zapoczątkowania w ten sposób zakrzepu (Zetknięcie się materjału antygenowego z tkanek i przeciwciał we krwi). Normalna surowica może jednak jeszcze zawsze dostarczyć środków ochronnych przeciw zakrzepowi, jak tego dowodzą wyniki odczynów aglutynacyjnych w czynnej względnie nieczynnej surowicy. Czynność ochron-

na jest związana z dopełniaczem. Wystąpienie odczynu w żywym ustroju zależy więc od wypełnienia dwóch zasadniczych warunków: obecności wspomnianych własnych przeciwciał i braku czynności ochronnych. Postępowanie lecznicze może użyć jako punktu uchwytu właśnie brak zjawisk obronnych. Preparaty wątrobowe, jak np. Campolon, są w stanie hamować odczyn aglutynacyjny na szkiełku przedmiotowem. Wprowadzenie Campolonu do lecznictwa dało wyniki nadzwyczaj pomyślne. Wskazanem jest, aby u chorych podejrzanych o skłonność do zakrzepów (wywiady, odczyn własnej aglutynacji) stosować Campolon w sposób zapobiegawczy. W przypadkach zakrzepów lub skłonności do zakrzepów odpowiednie i w porę zastosowane postępowanie lecznicze (wstrzykiwania Campolonu) chroni przed zatorami. (Dalsze spostrzeżenia kliniczne: Münch. Med. Wschr. 1934, nr. 37).

Dr. W. KÜCHEL, Szpital dla górników w Bochum.

UŚPIENIE KOMBINOWANE ZAPOMOCĄ N_2O I EVIPANU-Na.

(EVIPAN JAKO UZUPEŁNIAJĄCY ŚRODEK NARKOTYCZNY).

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1934. Nr. 14).

Ujemną stroną usypiania zapomocą gazu rozweselającego przy operacjach brzusznych i operacjach na kończynach jest niedostateczne zwiotczenie mięśni. Z tego względu autor zastosował u swych pacjentów kombinowaną metodę usypiania zapomocą N_2O i Evipanu-Na, którego pomyślny wpływ na zwiotczenie mięśni brzusznych stwierdzono przy badaniach ginekologicznych, dokonywanych w uśpieniu evipanowem. Dla dłuższych operacyj dodatek 2 — 3 cm^3 Evipanu-Na okazał się wystarczającym, z czego wynikałoby, że po szybkiem zadziałaniu i wyczerpaniu się wpływu nasennego Evipanu-Na, krzywa uśpienia przebiega przez pewien czas jeszcze na wysokości narkotycznej. Powtarzanie dawek Evipanu-Na nie miało żadnych ujemnych skutków. Przy usypianiu gazem rozweselającym przechodzi się po początkowem zatamowaniu dowozu tlenu bardzo szybko do 20% O_2 i tę ilość utrzymuje się starannie jako najmniejszą dozwoloną dawkę również podczas wstrzykiwania Evipanu-Na i następnie podczas całego zabiegu. Przy operacjach brzusznych autor nastrzykuje linję cięcia roztworem Tutocainy-Suprareniny. Stanów pobudzenia na początku uśpienia zapomocą Evipanu-Na nie należy według autora uzależniać zawsze tylko od niedostatecznego dawkowania. Powolne wstrzykiwanie Evipanu nietylko oszczędza ośrodek oddechowy, lecz również pogłębia i przedłuża uśpienie. Jako dodatek do całkowitego uśpienia należy, jeśli to możliwe, wstrzykiwać Evipan-Na jeszcze ostrożniej. Dawka podanego uzupełniająco Evipanu-Na musi być oczy-

wiście mniejsza niż przy czysto evipanowych krótkotrwałych uśpieniach; wielkość tej dawki uzależniamy nietylko od wieku i stanu ogólnego pacjenta, lecz również od jego indywidualnego odczynu. Tak np. w 17 przypadkach podano jako dawkę pojedyńczą 2—3 cm^3, w 3 przypadkach 4 cm^3 i zaledwie w 2 przypadkach 6 cm^3 (przeciętna dawka pojedyńcza wynosiła 2,9 cm^3). Dzieci nie nadają się naogół ani do usypiania gazem rozweselającym ani Evipanem-Na; w jednym przypadku, dotyczącym 8-letniego dziecka, potrzeba było dla ambulatoryjnego dokonania operacji stulejki wstrzyknąć 8 cm^3 Evipan-Na; dalszych prób usypiania dzieci metodą kombinowaną nie dokonywano. Przeciętna dawka ogólna wynosiła u dorosłych 4,23 cm^3. U 13 chorych wystarczyło jednorazowe wstrzyknięcie Evipan-Na, u 4 podawano go refracta dosi (4 + 4, 3 + 2 + 3, 3 + 3, 3 + 2). Sen następczy trwał przeważnie bardzo krótko.

Dotychczasowe spostrzeżenia autora nad stosowaniem tej kombinowanej metody uśpienia dotyczą 12 operacyj brzusznych (również wyrostka robaczkowego i kamieni żółciowych), 2 operacyj przepuklin, 3 zabiegów na kończynach i 1 operacji stulejki. Przy ograniczonej powierzchni oddechowej nie wolno uśpienia kombinowanego stosować ze względu na N_2O, zaś przy cierpieniach miąższu wątrobowego jest ono przeciwwskazane ze względu na Evipan-Na. Mimo to w pewnym przypadku żółtaczki, w którym uśpienie inhalacyjne było przeciwwskazane, chora zniosła dobrze 2 cm^3 Evipan-Na w połączeniu z N_2O. W przypadkach, w których wszelkie uśpienie wydaje się przeciwwskazane, narkoza kombinowana z gazu rozweselającego i Evipan-Na byłaby stosunkowo jeszcze najodpowiedniejsza, jako najmniej niebezpieczna. Zapalenie otrzewnej, niedrożność jelit i zakażenie krwi wymagają nadzwyczaj ostrożnego dawkowania. U chorych z białkomoczem uśpienie zapomocą Evipan-Na nie wywoływało żadnych objawów szkodliwych.

Dr. **FREJDZON**, Derewno.

LEKARZ-PRAKTYK A OMNADINA.

Praca nagrodzona na konkursie „Wiadomości Terapeutycznych".

Zakres działalności lekarza-praktyka na prowincji obejmuje całokształt patologji ludzkiej, a więc zapobieganie i leczenie chorób wewnętrznych, dziecięcych, kobiecych, skórnych i t. d. Środki techniczne, któremi posługuje się lekarz na prowincji przy rozpoznawaniu i leczeniu chorób, są dość ubogie, jeżeli je porównać z arsenałem aparatów rozpoznawczo-leczniczych, będących do dyspozycji lekarzy w mieście. Pomimo to osiąga praktyk prowincjonalny częste i efektowne sukcesy lecznicze, tem cenniejsze, że osiągnięte w tak niesprzyjających warunkach. Pod tym względem stoją dzisiejsi prowincjonalni lekarze o całe niebo wyżej od poprzedniej generacji lekarskiej, gdyż mają oni do dyspozycji cały szereg wybitnych środków leczniczych, nieznanych jeszcze przed wojną. Jednym z nich jest Omnadina, pełnowartościowa nieswoista szczepionka uodporniająca, składająca się z białka niechorobotwórczych grzybków rozszczepiających, lipoidów, tłuszczów i żółci. Stosuje się Omnadinę w formie wstrzykiwań domięśniowych, rzadziej dożylnych, bardzo rzadko podskórnych. Działanie Omnadiny jest zapobiegawcze i lecznicze a polega na szybkiem wzmożeniu sił obronnych ustroju. Wstrzykując Omnadinę jaknajwcześniej, skraca się znacznie przebieg schorzenia, łagodzi objawy i doprowadza chorych w krótkim czasie do wyleczenia.

Spostrzeżenia swe rozpoczynam od omówienia *zakażenia połogowego*, gdyż jest to schorzenie, wobec którego lekarze stali dawniej bezradnie. Samo rozpoznanie było prawie wyrokiem śmierci, a dziś Omnadina święci tu swe wielkie tryumfy. Podaję 3 przypadki stosowania Omnadiny przy zakażeniu połogowem, ilustrujące działanie: 1) zapobiegawcze, 2) lecznicze we wczesnym i 3) w późniejszym okresie choroby (ale nie za późnym).

P r z y p a d e k 1. 35-letnia kobieta rodzi po raz 3-ci. Poród bliźniaczy. O godz. 9 wieczorem rodzi się pierwsze dziecko, o 12-ej drugie. O godz. 2-giej łożysko jeszcze nie odeszło, chora znacznie krwawi, akuszerka próbuje sama odkleić ręcznie łożysko — bezskutecznie. Przybywam o godz. 3-ciej, w lekkiej narkozie odklejam ręcznie olbrzymie łożysko. Pełne szanse zakażenia: 1) trzy godziny upłynęły między jednym porodem a drugim, 2) bezskuteczna próba odklejenia łożyska przez akuszerkę, 3) właściwe odklejenie. Prócz tego chora jest wykrwawiona. Pacjentka otrzymuje poza innemi lekami domięśniowe wstrzykiwania 2 cm^3 Omnadiny. Temperatura w przeciągu pierwszych 4-ch dni po porodzie $37{,}1^0$ i $37{,}2^0$, najwyższe wzniesienie $37{,}4^0$. Na 5-ty dzień po porodzie chora wstała z łóżka (!) bez gorączki, odtąd zdrowa.

P r z y p a d e k 2. 26-letnia kobieta rodzi po raz 2-gi. Na drugi dzień po porodzie gorączka $39{,}4^0$, silne dreszcze. Natychmiast wstrzyknąłem 2 cm^3 Omnadiny domięśniowo. Już następnego dnia ciepłota opada do normy i nie podnosi się więcej. Widzimy więc i tu nadzwyczajną skuteczność Omnadiny, stosowanej leczniczo przy pierwszych objawach zakażenia.

Przypadek 3. 20-letnia kobieta rodzi po raz 1-szy. Poród 40 godzin po odejściu wód. Przed zawezwaniem akuszerki badały chorą wewnętrznie aż 3 babki, a więc źródła zakażenia jasne. Na 4-ty dzień po porodzie dreszcze i gorączka. 5-go dnia gorączka rano 39,4°, wieczorem 38,6°, silne i częste dreszcze. Zostaję wezwany dopiero 6-go dnia; temperatura 39,5°. Wstrzykuję 2 cm^3 Omnadiny domięśniowo — wieczorem gorączka 40°. Przez cały 7-my dzień temp. 37,9°. dreszczów niema. 8-go dnia temp. 38,1°, słabe dreszcze, drugie wstrzyknięcie Omnadiny — wieczorem 38,6°. Od 9-go dnia stan bezgorączkowy. Widzimy tu charakterystyczne działanie Omnadiny: po wstrzyknięciu podnosi się temperatura o pół stopnia, a następnie opada o całe 2 stopnie. Przypadek ten może posłużyć za klasyczny przykład działania Omnadiny.

W przeciwieństwie do innych szczepionek i środków o działaniu bodźcowem (Propidon, Yatren - Casein i in.), Omnadina nie wywołuje najmniejszego odczynu. Chory nie odczuwa wcale, jak ważna zmiana odbywa się w jego ustroju. Za swoistą cechę działalności Omnadiny uważać można nieznaczne wzniesienie ciepłoty w kilka godzin po wstrzyknięciu, a następnego dnia znaczny spadek temperatury, przeważnie do normy.

Następny przypadek wykaże, że Omnadina posiada poza brakiem odczynu inne jeszcze zalety, któremi góruje nad innemi szczepionkami.

Działanie Omnadiny przy Lymphadenitis coli.

Chory lat 27 podaje, że po anginie wytworzył mu się bolesny guz po lewej stronie szyi, który mu coraz bardziej dokucza. Dotychczas nie leczył się. Obecnie stwierdza się znaczne obrzmienie lewostronne gruczołów chłonnych szyi o spoistości twardej, nacieczenie i bolesność sąsiednich mięśni oraz upośledzenie ruchomości szyi. Gdybym zastosował szczepionkę bakteryjną, powstałoby prawdopodobnie zropienie a w dalszym ciągu samoistne przerwanie ropy nazewnątrz, albo byłaby konieczną incyzja. W każdymbądź razie byłoby to leczenie długotrwałe i dla chorego nieprzyjemne. Wstrzykując Omnadinę, zaoszczędziłem choremu tych przykrych powikłań, gdyż bóle ustąpiły szybko, ruchomość szyi była wnet przywrócona, nacieczenie cofało się stopniowo, a po kilku dniach chory był zupełnie wyleczony; po całym groźnym guzie prawie że śladu nie zostało.

Omnadina przy róży.

38-letni mężczyzna cierpi od 8 dni na uporczywy katar nosa. Przy zdrapywaniu strupów powstają na granicy między śluzówką i skórą nosa przeczosy, wrota późniejszego zakażenia. Pewnego dnia nagle wysoka gorączka, dreszcze, łamanie kości, dwukrotne omdlenie, silny obrzęk i zaczerwienienie całego nosa, przechodzące na policzki. Chory otrzymuje poza innemi lekami 2 cm^3 Omnadiny domięśniowo, następnego dnia znów 2 cm^3. Gorączka spada stopniowo, ogólne objawy zakażenia znikają, stan ogólny znacznie się poprawia, napięcie nosa łagodnieje, zaczerwienienie blednie.

Korzystne działanie wykazuje Omnadina przy ostrych gorączkowych chorobach zakaźnych, a więc przy płonicy, odrze, grypie i t. d. Wczesne stosowanie Omnadiny przy tych schorzeniach chroni od powikłań i skraca wydatnie przebieg choroby.

Największem dobrodziejstwem pozostanie jednak działanie Omnadiny przy zakażeniu połogowem, przy którem Omnadina godna jest jaknajszerszego stosowania.

ZAGADNIENIE REUMATYZMU.

Prof. dr. *Gräff* (Rheumaprobleme, Lipsk, Thieme, 1929; D. M. W. 1930, Nr. 15). prof. *Gudzent* (D. M. W. 1932. Nr. 30), *Klinge* (Beitr. path. Anat. 1929; Kl. W. 1930), *Fischer* i *Wehrsig* (Zschr. exp. Th. 1932, tom 84) i inni.

W ostatnich czasach badania reumatologiczne poczyniły dwa ważne postępy: wykrycie nowych anatomo-patologicznych zmian mikroskopowych oraz kliniczne zastosowanie nauki o alergji do dziedziny reumatycznych spraw chorobowych. Przyznać jednak trzeba, że pomiędzy wnioskami wyciągniętemi z nowych wyników badań anatomo-patologicznych i dotyczącemi patogenezy reumatyzmu a sposobem ujmowania zagadnienia gośćca przez niektórych klinicystów znajduje się jeszcze wielka luka. Anatomo-patolodzy oraz większość klinicystów są zdania, że subtelne zmiany tkankowe, znajdywane przy reumatyzmie, przedstawiają objawy swoistej choroby zakaźnej, podczas gdy niektórzy znowu klinicyści uważają, że reumatyzm stawowy należy ujmować jako odczyn nadwrażliwości organizmu w stosunku do różnych zarazków i ich jadów i że obraz chorobowy reumatyzmu można dostatecznie dobrze wytłumaczyć bez uwzględniania „swoistego czynnika chorobotwórczego" w znaczeniu Kocha.

Obraz mikroskopowy reumatyzmu cechuje się określonemi typowemi zmianami w tkance łącznej układu naczyniowego, w wiotkiej i zbitej tkance łącznej i w ścięgnach. Istota zmian chorobowych polega na współistnieniu uszkodzenia substancji podstawowej i włókienek z objawami bujania komórek łącznotkankowych. Takie swoiste ogniska, nazwane przez *Aschoffa* (1904) guzkami reumatycznemi, mogą być rozsiane w całym ustroju: znajdujemy je w osierdziu, we wsierdziu, w dużych i małych naczyniach, w naczyniach wieńcowych serca i w naczyniach nerek. *Gräff* znalazł takie ogniska w torebce stawowej, w tkankach otaczających duże stawy, w ścięgnach w pobliżu stawów i w tkance otaczającej migdałki podniebienne. *Gräff* odróżnia w dużych stawach (w kolanie) postać okołostawową i wewnątrzstawową, w zależności od tego, czy nacieki reumatyczne znajdują się w torebce stawowej i pobliskich ścięgnach, czy też w wewnętrznej błonie stawowej. Na uwagę zasługuje występowanie guzków na granicy ścięgien i mięśni. Mięśnie również przyjmują czasami znaczny udział w cierpieniach. Tak np. mięsień sercowy może być cały usiany małemi i większemi guzkami i ulec znacznemu zniszczeniu. Okazuje się przytem, że również i w mięśniach nacieki reumatyczne związane są z tkanką łączną. Według *Gräffa* zmiany gośćcowe w mięśniach są zawsze wtórne, natomiast *Klinge* uważa na podstawie swych badań, że włókna mięśniowe mogą być pierwotnem i to bardzo poważnem umiejscowieniem choroby. Z pewnością w licznych przypadkach uszkodzenie mięśni zależy od zwyczajnego ucisku, który wywiera na włókna mięśniowe znajdujący się w tkance łącznej guzek reumatyczny. Ostatnio *Gräff* wykazał w kilku przypadkach obecność ogniska pierwotnego w migdałkach. Szczególnie jaskrawym był przypadek dotyczący 22-letniego pacjenta,

który zmarł wskutek ostrego gośćca stawowego w 16 dni po pierwszym klinicznym napadzie. Ognisko pierwotne znajdowało się, mówiąc ściśle, w otoczce migdałka. Zmiany mikroskopowe były podobne do ognisk występujących w reumatycznie zmienionej tkance ścięgnowej. Od głównego ogniska można było prześledzić postępowanie nacieków reumatycznych aż do tkanki mięśniowej. Tkanka łączna otaczająca mięśniówkę była zmienioną w taki sam sposób, jaki znajdujemy w guzkach *Aschoffa.* W jednej żyle znaleziono świeży zakrzep, który tłumaczył pochodzenie istniejącego obrzęku. Rozszerzanie się choroby nastąpiło prawdopodobnie na drodze krwionośnej. Podczas sekcji chorych, którzy zmarli w późniejszym przebiegu choroby, można było wykazać dalsze obrazy ogniska pierwotnego (postępowanie lub cofanie się, wytwarzanie blizn). Nazwa „Rheumatismus infectiosus specificus“ mająca objąć całokształt objawów gośćca mięśniowego i stawowego, powinna właśnie mieć na celu stwierdzenie, że rozchodzi się tu o chorobę zakaźną. Wobec tego, że sprawa zakaźna przebiega z charakterystycznemi bólami w tkance ścięgnowej, zwłaszcza umiejscowionej w pobliżu stawów, dodano słowo „specificus“.

Obraz reumatycznych zmian zapalnych cechuje się przedewszystkiem współistnieniem niszczenia tkanek i nowotworzenia komórek. Doświadczenie kliniczne przemawia na korzyść zapatrywania, że podłożem reumatycznego obrazu chorobowego jest niewątpliwie zakażenie bakteryjne. Dowodzi tego pomiędzy innemi również okoliczność, że gośćcowe zapalenie stawów powstaje bardzo często po anginie. Swoistego zarazka chorobotwórczego reumatyzmu nie udało się jednak dotychczas wykryć i poglądy na temat drobnoustrojów, wyhodowanych ze krwi lub z narządów chorych, cierpiących na choroby reumatyczne, są niejednolite, a często nawet wprost sprzeczne. *Menzer* wykrył w stawach i innych narządach paciorkowce i na tej zasadzie twierdzi, że reumatyzm przedstawia ogólne zakażenie ustroju, że jest to posocznica streptokokowa o złagodzonym przebiegu. Wobec braku przekonywujących dowodów dla tego poglądu, *Fischer* i *Wehrsig* usiłowali sprawdzić doświadczalnie, czy istotnie paciorkowce są właściwemi zarazkami chorobotwórczemi reumatyzmu. Nie udało im się jednak wykazać ani obecności paciorkowców we krwi przy ostrym gośćcu stawowym ani w wysięku stawowym przy przewlekłem zakaźnem zapaleniu stawów. Nie udało się również wykazać obecności swoistych przeciwciał przy zapaleniu stawów. W migdałkach podniebiennych i ziarniniakach korzeni zębowych, uważanych za wrota wejścia i ogniska septyczne paciorkowcowego zakaźnego zapalenia stawów, znajdywano coprawda zawsze paciorkowce, lecz posiadały one jednakowe własności hodowlane bez względu na to, czy pochodziły od ludzi ze zdrowemi czy też z choremi stawami. Króliki zakażane paciorkowcami zapadały coprawda na zapalenie stawów, jednakże zmiany w stawach i w sercu posiadały wyłącznie cechy septyczne i nigdy nie odpowiadały swoistemu ludzkiemu reumatyzmowi zakaźnemu. Również i uprzednie uodpornienie nie wywierało wpływu na przebieg zakażenia. Paciorkowcowe zapalenie stawów

u królików odpowiada pod wieloma względami ludzkiej posocznicy paciorkowcowej i oba te cierpienia są prawdopodobnie identyczne. W każdym razie paciorkowce, jako bezpośredni czynnik chorobotwórczy reumatyzmu, nie wchodzą w rachubę. Pozostaje jeszcze do zbadania, jakie znaczenie etjologiczne mogą mieć zarówno paciorkowce jak i produkty ich przemiany materji na drodze nie bezpośredniej, a okólnej, poprzez stany anafilaktyczne. *Weintraud* uważa schorzenia stawów i serca przy reumatyzmie nie za prawdziwe metastatyczne sprawy zapalne wskutek działania drobnoustrojów, a raczej przyjmuje, że rozchodzi się tu o działanie związków toksycznych. Obraz kliniczny warunkuje nie swoistość bakteryj, lecz indywidualny odczyn ustroju, jako objaw nadwrażliwości w stosunku do stałego nasycania antygenem. Sposób wytwarzania jadów, odczyn anafilaktyczny, rozstrzyga według *Weintrauda* o przebiegu cierpienia. *Bieling* zwrócił niedawno uwagę na pewien szczególny sposób powstawania reumatycznego zapalenia stawów w związku z tak zwanemi chorobami z zaziębienia. Spostrzeżenia *Bielinga* na koniach dostarczających surowicę wykazały, że odczyn antygenowo-przeciwciałowy wywołuje wstrząs, który przy częstem powtarzaniu (to znaczy przy częstych zaziębieniach) może doprowadzić do dalszych zaburzeń, które ujawniają się przedewszystkiem w sercu i w stawach i wywołują wreszcie obraz chorobowy podobny do reumatyzmu. *Gudzent* uważa, że pewna grupa ludzkiego reumatyzmu stawowego przedstawia odczyn alergiczny na nieżywe antygeny. *Gudzent* uczulał alergicznie króliki zapomocą wstrzykiwania białkowych związków odżywczych względnie ich wyciągów lub zawiesin martwych bakteryj i po następnem wstrzyknięciu tych związków wywoływał u uczulonych zwierząt doświadczalnych zmiany stawowe podobne do zmian występujących przy ludzkim gośćcu stawowym.

Wiadomo następnie dobrze, że również i zaburzenia wewnątrzwydzielnicze mogą wywoływać schorzenia „reumatyczne“. Znane są powszechnie cierpienia stawowe w okresie klimakterycznym, występujące w związku z ustaniem czynności jajników. Naświetlanie kastracyjne jajników powoduje stosunkowo często zmiany zniekształcające stawów kolanowych. Najlepszym dowodem zależności tych zmian stawowych od gospodarki hormonalnej jest okoliczność, że w przypadkach takich udaje się nierzadko osiągnąć pomyślne wyniki lecznicze zapomocą stosowania preparatów żeńskiego hormonu płciowego. We francuskiem piśmiennictwie znajdujemy następnie opisy, dowodzące, że również i tarczyca nie pozostaje bez wpływu na przebieg cierpień reumatycznych. *Eickenbusch* leczył z powodzeniem zmiany stawowe powstałe na podłożu wewnątrzwydzielniczem zapomocą jednoczesnego stosowania preparatów tarczycowych i jajnikowych. W każdym razie jako podłoże dla powstawania spraw reumatycznych należy oprócz zewnętrznej nabytej alergji anafilaktycznej uwzględniać jeszcze usposabiający czynnik wewnątrzpochodny. *Schottmüller* ujmuje wszystkie obostrzenia swoistego zakaźnego reumatyzmu jako schorzenia pochodzące z wtórnego reumatycznego ogniska septycznego i rozszerzające

się na drodze krwionośnej. Wszyscy autorzy uważają zgodnie, że wspomniane już pierwotne umiejscowienie w jamie gardzielowej nie ma żadnego większego znaczenia, jeżeli samo nie staje się wtórnem ogniskiem, jak np. przy przewlekłem zapaleniu migdałków. Wysiewy gośćcowe pochodzą nierzadko z zakażonego serca i doprowadzają wówczas do wieloogniskowych zmian w skórze, które nazywamy Purpura rheumatica. Jeżeli zakażenie reumatyczne obejmuje rdzeń kręgowy, wówczas dochodzi do t. zw. tańca św. Wita (Chorea minor). Zakażenie reumatyczne może oczywiście wywoływać zmiany chorobowe również w nerwach i nerkach. Okulista ma nierzadko do czynienia z reumatycznem zapaleniem tęczówki. Wytworzenie się przewlekłego zapalenia migdałków lub zapalenia wsierdzia bywa punktem wyjścia dla dalszych wysiewów gośćca i staje się źródłem częstych nawrotów. W ten sposób powstaje z ostrego początkowo reumatyzmu przewlekłe cierpienie stawów.

Rozumie się samo przez się, że przy tak różnorodnym obrazie chorobowym nie może być mowy o jakimś jednym określonym sposobie leczenia. Z pośród preparatów farmaceutycznych najskuteczniejszemi okazały się związki salicylowe i pyrazolonowe. Wobec tego, że właściwej przyczyny reumatyzmu nie udało się dotychczas dokładnie poznać, trudno narazie powiedzieć, jakie środki są odpowiedniejsze: przeciwbólowe czy też bardziej swoiste przeciwreumatyczne. W grupie salicylowej podajemy doustnie Aspirinę, kilka razy dziennie po 0,5 g, lub też jednorazowo wielką dawkę 2 — 3 g. Duże dawki salicylanu sodu wywołują przeważnie zaburzenia żołądkowe nawet pomimo jednoczesnego podawania sody. Najpopularniejszym środkiem przeciwreumatycznym jest jednak salicylan sodu. Po upływie kilku dni wskazanem jest przejść do Aspiriny i podawać duże dawki salicylanu sodu tylko raz na tydzień. Dopiero po poznaniu przyczyny reumatyzmu stawowego będzie można rozstrzygnąć, czy Aspirina nietylko uśmierza bóle i poprawia ukrwienie, lecz czy wywiera bezpośredni swoisty wpływ leczniczy również i na sam czynnik chorobotwórczy. Z leków grupy pyrazolonowej wielkie uznanie pozyskał ostatnio Pyramidon, wprowadzony do lecznictwa reumatyzmu stawowego przez *Schottmüllera.* Podaje się Pyramidon 6 razy dziennie po 0,4 g. W przypadkach gośćca stawowego niereagującego na działanie lecznicze salicylu, należy zawsze wypróbować Pyramidon. Do grupy pyrazolonowej należą następnie preparaty przeciwbólowe Melubrina (fenylo-dwumetylo-pyrazolono-amino-metanosulfonian sodu), Novalgina (metylomelubrina), Gardan (Pyramidon-Novalgina).

Leczenie wstrzykiwaniami (Melubriną lub Novalginą) wchodzi w rachubę wtedy, gdy doustne stosowanie tych preparatów wywołuje zaburzenia żołądkowe, lub gdy zależy nam na możliwie jaknajszybszem osiągnięciu poprawy. Leczenie wstrzykiwaniami okazało się szczególnie skuteczne zwłaszcza przy reumatycznych schorzeniach oczu, przy których działa ono znacznie lepiej niż leczenie doustne. Leczenie miejscowe zapomocą wcierań nie jest w pierwszych dniach wskazane. W dalszym przebiegu można skutecznie uśmierzać ból zapo-

mocą olejku kamforowego lub lepiej zapomocą odpowiednich zewnętrznych środków przeciwreumatycznych (Spirosal, Mesotan i t. p.). Ważnem jest tutaj nietylko miejscowe podrażnienie skóry, lecz również wchłanianie się salicylu przez skórę. Preparaty salicylowe, przeznaczone dla stosowania zewnętrznego, należy oceniać odpowiednio do ich zdolności przenikania przez skórę. Na pierwszym planie stoją pod tym względem Spirosal i Mesotan. Dla wzmocnienia miejscowego działania zewnętrznego niektórzy autorzy zalecają ostatnio również zewnętrzne stosowanie histaminy, która ma, podobnie, jak leczenie cieplne, poprawiać ukrwienie schorzałych miejsc. Podobne doświadczenia wykonywano również i z hormonami krążenia, Padutiną i Lacarnolem i osiągano w niektórych przypadkach pomyślne wyniki lecznicze.

W przypadkach reumatyzmu stawowego, odpornych na działanie salicylu i Pyramidonu, należy zastosować nieswoiste leczenie bodźcowe. Przedewszystkiem wchodzą tu w rachubę wstrzykiwania własnej krwi, mleka i Yatren-Caseiny. Najlepszem etjologicznem leczeniem gośćca stawowego jest usunięcie wtórnie rozwijającego się reumatycznego ogniska septycznego. Po ustąpieniu ostrych objawów i gorączki należy starannie zbadać jamę ustną i gardzielową, nos i zatoki dodatkowe w poszukiwaniu ukrytego ogniska zakaźnego. Ewentualne wyłuszczenie migdałków lub leczenie zatok dodatkowych należy w razie potrzeby wykonać dopiero po ustąpieniu okresu ostrego.

Ostatni okres przewlekłego zapalenia stawów, przebiegający pod postacią zniekształcającego zapalenia stawów, może być zewnętrznie bardzo podobny do okresu końcowego dny; odróżnienie tych dwóch odmiennych jednostek chorobowych może sprawiać duże trudności rozpoznawcze. Pod względem etjologicznym zapalenie stawów i dna nie mają ze sobą nic wspólnego. Najskuteczniejszym środkiem leczniczym przy dnie są preparaty kwasu fenylo-chinolino-karbonowego (między innemi Hexophan). Pomimo zasadniczej odrębności reumatyzmu i dny, środki stosowane przy jednej z tych chorób można z powodzeniem podawać również przy drugiej, gdyż zarówno lekom przeciwgośćcowym jak i przeciwdnawym właściwe jest działanie przeciwbólowe.

Dr. M. IDE. Leodjum.

LECZENIE PADACZKI.

(Referat Rev. méd. de Louvain 1933, Nr. 23).

Najskuteczniejszemi środkami dla leczenia padaczki były dotychczas brom i Luminal. Obecnie pozyskaliśmy jeszcze trzeci doskonały lek, a mianowicie Prominal, który zawdzięcza swe powstanie długotrwałym, systematycznym badaniom naukowym.

Działanie nasenne i działanie przeciwpadaczkowe nie są ze sobą wcale związane. Veronal, wybitny środek nasenny, nie wykazuje żadnego wpływu na prze-

bieg epilepsji. Istnieją liczne preparaty barbiturowe obdarzone działaniem nasennem, działanie przeciwkurczowe wywiera jedynie Luminal. Drugim udoskonalonym preparatem tego rodzaju jest właśnie Prominal.

W jakich przypadkach należy stosować Prominal? We wszystkich, w których Luminal przezwycięża wprawdzie wielkie napady padaczkowe, lecz w których chorzy skarżą się nadal na zawroty głowy i objawy zamroczenia bez utraty przytomności oraz u epileptyków, którzy pod wpływem stałego podawania potrzebnych dużych dawek Luminalu są nadmiernie senni. Prominal jest więc wskazany we wszystkich wogóle przypadkach, w których stan psychiczny chorych nie jest zadowalający.

Prominal wywiera znacznie słabsze działanie nasenne niż Luminal: 0,4 g Prominalu na dobę (w dwóch dawkach) wywołuje mniejszą skłonność do snu niż 0,2 g Luminalu. Natomiast działanie przeciwpadaczkowe występuje wyraźnie już przy dawce 0,2 g Prominalu i jest znacznie skuteczniejsze niż działanie 0,4 g Luminalu. Zaleta Prominalu polega więc na słabszem niepożądanem działaniu nasennem i na silniejszym swoistym wpływie przeciwpadaczkowym.

Następnie autor na podstawie swego długoletniego doświadczenia w stosowaniu różnych środków przeciwpadaczkowych dochodzi do wniosku, że objawy „petit mal“ pod różnemi postaciami, a mianowicie: „absence“, spostrzegana tak często przy leczeniu bromowem, chwilowe zachwianie się lub upadek, występujące po podawaniu boru, zawroty głowy i przemijające zamroczenia, gdy chory nie zdaje sobie sprawy ze zdarzeń, lecz jeszcze słyszy, co się koło niego dzieje, obserwowane przy terapji Luminalem i uważane za trudne do zwalczenia objawy padaczki — są objawami nie choroby jako takiej, lecz objawami działania ubocznego stosowanych leków przeciwepileptycznych. Duże dawki Luminalu wywołują ponadto nierzadko jeszcze inne przykre objawy: przytępienie zdolności psychicznych, niezdolność skupienia uwagi, osłabienie pamięci; objawy te zależą niewątpliwie od nadmiernego działania nasennego. Otóż po zastąpieniu Luminalu jednakową dawką Prominalu stwierdza się nietylko ustąpienie napadów padaczkowych, lecz również i wspomnianych dolegliwości. Jako przykłady tego niezwykle pomyślnego działania leczniczego Prominalu autor przytacza 4 przypadki padaczki, w których pod wpływem tego preparatu nietylko ustąpiły zupełnie zawroty głowy, wrażenie wyczerpania, uczucie bezwładu, lecz chorzy odzyskali jednocześnie chęć i zdolność do pracy i stan ich umysłowy poprawił się znacznie.

Wyniki leczenia padaczki Prominalem są więc bardzo pomyślne i zachęcają do dalszych badań. Autor uważa za wskazane wypróbowanie Prominalu u osobników dotkniętych różnemi postaciami „petit mal“ lub wykazujących objawy przytępienia umysłowego albo skarżących się na uczucie ciężaru w głowie i trudności myślenia. Wskazanem jest, aby zamianę Luminalu na Prominal uskuteczniać nie odrazu a stopniowo, to znaczy początkowo zastąpić Prominalem jedynie część dawki dobowej Luminalu, następnie dawkę Luminalu ograni-

czać coraz bardziej, zwiększając jednocześnie odpowiednio dawkę Prominalu. Wobec tego, że Prominal wykazuje znacznie mniejsze działanie nasenne, można postąpić również w ten sposób, że poranną dawkę 0,1 g Luminalu zamieniamy na 0,1 g Prominalu, pozostawiając wieczorną dawkę Luminalu bez zmiany.

Z chemicznego punktu widzenia jądrem wszystkich tych preparatów jest kwas barbiturowy, który sam przez się jest związkiem farmakologicznie zupełnie nieczynnym. Kwas barbiturowy posiada następujący wzór strukturalny:

```
HN — CO — NH
|          |
CO —  C  — CO
      HH
```

Dla przekształcenia kwasu barbiturowego na czynny preparat nasenny należy w nim zamienić 2 dolne wodory grupami: CH_3 (metylową), C_2H_5 (etylową), C_3H_7 (propylową), C_3H_5 (allylową), C_6H_5 (fenylową) lub C_6H_{11} (hexenylową). Liczba wstępujących atomów węgla powinna wynosić najmniej 4 i najwięcej 8.

Ostatnio udało się z powodzeniem poruszyć górny kąt drobiny i zamienić jedno NH na N — CH_3, pozostawiając resztę wzoru bez zmiany i w ten sposób wytworzono z Phanodormu Evipan, a z Luminalu Prominal.

Dr. H. GÜNTHER. Klin. Ginek. w Giessen.

LECZENIE DOLEGLIWOŚCI KLIMAKTERYCZNYCH.

(Referat według Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1934. Nr. 11).

Przy dolegliwościach klimakterycznych nierzadko już psychiczny wpływ lekarza sprawia pacjentkom znaczną ulgę. Wyjaśnienie w odpowiedniej chwili istoty okresu przekwitowego i związanych z nim zaburzeń bywa często najlepszem lekarstwem uspokajającem, przywracającem zatrwożonym pacjentkom utraconą równowagę duchową. Przy leczeniu kobiet znajdujących się w okresie przekwitowym należy unikać polipragmazji. Ogólnych przepisów leczniczych podać nie można, gdyż postępowanie powinno być możliwie indywidualne, dostosowane do każdego poszczególnego przypadku. Konstytucja pacjentki rozstrzyga o tem, czy należy zalecić więcej spokoju (u osób astenicznych), czy więcej ruchu (przy otyłości), czy dieta powinna być lżejsza, czy też trudniej strawna, czy należy podawać więcej owoców (przy zaparciu) i t. d. i t. d. Zabiegi wodolecznicze — z wyjątkiem wieczornych kąpieli z igliwia lub rumianku — nie są bynajmniej postępowaniem obojętnem. Należy wystrzegać się zalecania kąpieli kwasowęglowych lub tlenowych bez dokładnej znajomości odczy-

nów ustrojowych odnośnej pacjentki. Również i zimne zmywania mogą się okazać zabiegiem zupełnie nieodpowiednim, np. przy skłonności do skurczów naczyniowych. Natomiast nacierania letnią wodą z następczem wcieraniem środków lekko drażniących skórę, lekkie ogólne masaże całego ciała lub wieczorne naprzemienne kąpiele nożne wzmacniają skutecznie leczenie farmakologiczne. Schematyczne zalecanie wszystkim pacjentkom z zaburzeniami klimakterycznemi środków nasennych i uspokajających jest również postępowaniem niezupełnie właściwem. Jedynie u pacjentek hipertyreotycznych z ich przykremi zwłaszcza nocnemi dolegliwościami, nie możemy się obejść bez tych preparatów. Zalecamy przyjmowanie przez czas dłuższy walerjany, bromku wapnia 10,0 — 300,0 (3 razy dziennie po łyżce stołowej) lub okresowe przyjmowanie małych dawek Luminalu. Pozostałe dolegliwości pacjentek w wieku przekwitowym z objawami nadczynności tarczycy uśmierzamy zapomocą akonityny (0,0002 pro die), arsenu lub połączenia Theobromini calcio-lactici z nitrogliceryną. Pacjentkom zaś, u których stwierdzamy raczej objawy hipotyreozy z otyłością zalecamy ostrożnie preparaty tarczycy, tyreoidynę lub skuteczniejszy i łagodniejszy Elityran. Jodu lepiej nie podawać. Przy dużej senności często pomaga strychnina. Bardzo dobre wyniki daje następująca recepta arsenu z belladonną:

Rp.

Pulv rad. Valerianae	20,0
Extr. Chin. aquos.	12,0
Calc. glyc. phosph.	15,0
Extr. Belladon.	0,6—1,2
Acidi arsenicosi	0,12

Mass. pillul. q. s. ut fiant l. a. pillul. Nr. C C C D. S. Rozpocząć od 3 pigułek dziennie; co cztery dni zwiększa się dawkę o 1 pigułkę, aż do 9 pigułek dziennie. Przy tej dawce pozostaje się przez 8 dni, poczem znowu co 4 dni zmniejsza się dawkę o 1 pigułkę.

Przeciwko warom zaleca autor spróbować kąpieli nożnych z gorczycy. Przeciwko bólom naczyniowym, przełomom naczyniowym i parastezjom stosuje się teobrominę ew. w połączeniu z nitrogliceryną, papaweryną; przy objawach sympatykotonicznych wapń lub połączenia wapniowo-ichtjolowe, zwłaszcza przy dolegliwościach tego rodzaju, występujących po zastosowaniu naświetlań rentgenowskich. Przy stanach zbliżonych do obrazu klinicznego dławicy piersiowej pomaga nitrogliceryna. Rozpoczyna się od 3 kropel ½%-owego roztworu alkoholowego (na język) i zwiększa stopniowo dawkę do 8 kropel na dobę; następnie dawkę znowu się zmniejsza; krople należy przyjmować refracta dosi (1 do 2 kropel na raz). Zarówno przy dławicy piersiowej jak i przy bolesnych skurczach w palcach rąk lub nóg stosuje się z powodzeniem również Padutinę oraz azotyny. Zdarza się czasami, że jedynym sposobem ochrony przed takiemi bolesnemi napadami jest staranne unikanie zimna.

Dla uśmierzenia swędzenia stosuje się z dobrym wynikiem przed snem kąpiele z otrąb lub z soli mentolowych. Działanie naświetlań lampą kwarcową jest wątpliwe, natomiast naświetlanie promieniami Rentgena daje często nadspodziewane wyniki. Jeszcze lepiej działają wstrzykiwania własnej krwi (autohemoterapja); rozpoczyna się od 5 cm^3, następnie w odstępach co 3 — 4 dni wstrzykuje się po 10 cm^3, ogółem należy dokonać 8 — 10 wstrzykiwań. Wydaje się prawdopodobnem, że pomyślny wpływ autohemoterapji zależy w tych warunkach od zwiększonej zawartości hormonów we krwi. Przy swędzeniu sromu należy przedewszystkiem wykluczyć cukrzycę, nieżyty pochwy, choroby skórne, wszawicę, owsicę (oxuriasis). Czasami pomagają zwykłe okłady z wody z kwasem bornym, które należy zmieniać bardzo często: w dzień co 15 minut, w nocy co godzinę. Skurcze odbytu leczymy belladonną, papaweryną i t. p.

Bóle mięśniowe, stawowe i kostne reagują dobrze na chininę i środki przeciwreumatyczne; nierzadko pomagają tu również wstrzykiwania Suprareniny lub Adrenaliny z Hypophysiną. Leczenie uzupełnia się ponadto łagodnym masażem, diatermją lub kąpielami świetlnemi. Doskonałe wyniki dają gorące kąpiele gorczyczne, możliwie w całkowitych owijaniach (cave: niedomoga krążenia). W razie niepowodzenia wskazane jest przeprowadzenie leczenia w odpowiednich uzdrowiskach kąpielowych (Wildbad lub Gastein). *Wiesel* zaleca picie wód radjoczynnych w domu; lepsze wyniki osiąga się jednak na miejscu w Joachimstalu. Miejscowo dla uśmierzenia bólu zaleca się nacieranie olejkiem kamforowym lub innemi środkami drażniącemi skórę. Przy bólach w krzyżu dobre wyniki dają wstrzykiwania antipyriny (3 — 5 g na 10 cm^3 Aq. dest.), następnie epiduralne wstrzykiwania Novocainy oraz naświetlania małemi dawkami promieni rentgenowskich. Przy zaburzeniach żołądkowo-kiszkowych zalecamy papawerynę i spirytus kamforowy 2 razy dziennie po 20 kropel po jedzeniu lub roztwór tymolu (Thymoli 0,25, Spirit. vin. 25,0 Aq. dest. 250,0; ½ łyżki stołowej na szklankę wody o godzinie 11 przed obiadem i o 5 po obiedzie; godzinę przed przyjęciem lekarstwa i godzinę po przyjęciu nic nie jeść); stosuje się następnie również hormon jajnikowy, nitroglicerynę i Pyramidon.

Przy silnych wahaniach ciśnienia krwi i warach małe upusty krwi (100 cm^3) dają nierzadko dobre wyniki lecznicze. Można też stosować z powodzeniem zarówno stare znane preparaty jajnikowe jak i nowoczesną miareczkowaną folikulinę. Podaje się codziennie podskórnie lub doustnie 100 jednostek mysich hormonu pęcherzykowego. Jeżeli po 8 dniach nie stwierdza się poprawy, to należy dawkę dobową zwiększyć do 600, a przejściowo nawet do 1000 jednostek. Stosowanie w okresie przekwitowym hormonu ciałka żółtego nie jest jeszcze dostatecznie zbadane, aby można już było podać ściślejsze wskazówki lecznicze. Stosowanie preparatów przedniego płata przysadki nie wchodzi według naszych obecnych poglądów wcale w rachubę.

W przypadkach sztucznego przedwczesnego przekwitu po dokonanej kastracji wskazane jest dążenie do postępowania zapobiegawczego; im pacjentka jest

młodsza i odpowiednio do tego zaburzenia są silniejsze, tem wcześniej należy zalecić stosowanie zabiegów ogólnych, unikając początkowo zupełnie preparatów hormonalnych lub podając je tylko w małych dawkach. W każdym razie w niektórych przypadkach jesteśmy poprostu zdziwieni, jak nawet młodociane pacjentki znoszą wyczerpanie się czynności jajników prawie bez żadnego odczynu ogólnego. Zwłaszcza w przypadkach Climacterium praecox bez interwencji chirurgicznej, a wskutek chorób lub czynników szkodliwych (tytoń lub częste porody) przejście do przekwitu odbywa się zwykle łagodnie i bez żadnych poważniejszych zaburzeń.

Dr. H. BRAUN, Oddz. Chor. Wewn. Szpitala Św. Bernarda w Hildesheim.

STOSOWANIE ŚRODKÓW NASENNYCH PER RECTUM.

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1934, Nr. 25).

Często zachodzi potrzeba podawania środków nasennych z ominięciem drogi przez żołądek. W rachubę wchodzą tu przedewszystkiem schorzenia samego żołądka, przy których zależy nam na możliwie jaknajwiększem oszczędzaniu błony śluzowej i unikaniu wszelkiego chemicznego lub osmotycznego działania szkodliwego, następnie zaś nieżyty zastoinowe i choroby wątroby oraz wogóle wszelkie sprawy chorobowe, przy których należy się liczyć z zaburzeniami wchłaniania z przewodu żołądkowo-kiszkowego. Stosowanie środków nasennych drogą wstrzykiwań nie jest w takich przypadkach odpowiednie ze względów praktycznych. I dlatego pozostaje tutaj jedyna droga, a mianowicie per rectum. Według *Brauna* sposób podawania leków per rectum zasługuje stanowczo na większą uwagę. Braun już od dłuższego czasu przy wyżej wymienionych chorobach podawał w razie potrzeby środki nasenne przez odbytnicę. Najwygodniejsze okazało się podawanie preparatów w postaci czopków. Rozumie się samo przez się, że przy tym sposobie stosowania, dawkowanie ma szczególnie duże znaczenie. Najlepsze wyniki autor osiągnął zapomocą czopków, które przygotowywano w aptece według następującej recepty:

Rp. Phanodorm-Calcium 0,2
Butyri Cacao 1,8
M. f. supp.

Czasami zdarza się, że dla osiągnięcia dostatecznego snu należy zastosować dwa czopki; drugi czopek wkłada się w razie potrzeby w półtorej do dwóch godzin po pierwszym. Stosowanie tej większej dawki jest potrzebne zwłaszcza u chorych, którzy już od dłuższego czasu przyzwyczaili się do przyjmowania środków nasennych.

HISTORJA SZPITALI.

Meyer - Steinegg i *Sudhoff* (Referat według Historji medycyny) i in.

W dawnych czasach nie było publicznych zakładów dla leczenia chorych. Greccy a później rzymscy lekarze urządzali w swych domach pomieszczenia, w których w razie koniecznej potrzeby mogli przyjmować chorych na czas dłuższy. Te kliniki prywatne nazywano „jatreja". W IV wieku przed Chrystusem prawie wszyscy lekarze greccy mieli u siebie takie jatreje. „Dom chirurga" w Pompei jest dobrym przykładem urządzenia domu lekarskiego. W pomieszczeniach przeznaczonych dla wykonywania praktyki znajdujemy



Szpital niemiecki. Burgmair (1472—1531)



Hospital S. Maria della Scala. Siena. Bartolo di Domenico (1440)

pokój dla przyjmowania chorych, specjalną salę operacyjną oraz 5 oddzielnych sal dla chorych. Niezależnie od tych prywatnych klinik zaczęły się w starożytnej Grecji rozwijać publiczne zakłady lecznicze, które powstały z biegiem czasu z religijnych zakładów leczniczych, istniejących przy świątyniach. Od VII wieku przed Chr. bogiem lecznictwa był Asklepios; w świątyniach Asklepiosa doświadczeni kapłani zajmowali się praktyką lekarską. Świątynie, w których udzielano porad lekarskich, nazywano asklepiejami. Skuteczność leczenia w poświęconych miejscach mogła zależeć początkowo głównie od sugestji, jednak z biegiem czasu liczne asklepieje przekształciły się z przybytków religijno-mistycznych w prawdziwe zakłady lecznicze w dobrem tego słowa znaczeniu. Słynnym był asklepiejon w Kos, w którym udzielali porad znani lekarze. Greckie asklepieje były jednak nietylko wspaniałemi zakładami dla chorych, lecz służyły również dla kształcenia młodych lekarzy; wspomniany asklepiejon w Kos był szkołą, w któ-

rej uczył się najznakomitszy lekarz starożytnych czasów — *Hippokrates* (460 — 377). Ze szkołą w Kos rywalizowała szkoła lekarska w Knidos. Obie odmiany greckich zakładów lekarskich, jatreje i asklepieje, przeszły następnie



Charité. Paris. Bossé (1660)



Florencka klinika dla kobiet. Andrea del Sarto (1488—1531)

do Rzymian. Rzymianie stworzyli następnie t. zw. waletudinarje, które zakładali wielcy właściciele ziemscy dla swych chorych niewolników, aby mogli tam w stosunkowo odpowiednich warunkach powracać do zdrowia. Istniały również



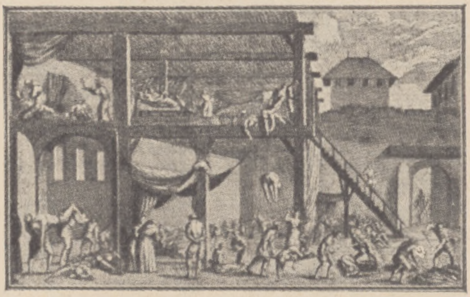
Szpital holenderski, w którym w obecności chorych wykonywa się sekcję.



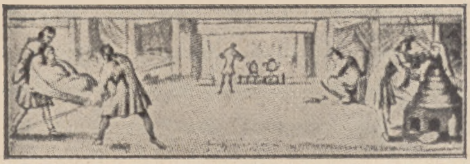
Szpital dla syfilityków (XVII wiek).

waletudinarje przeznaczone specjalnie dla chorych żołnierzy. Od czasów Augusta we wszystkich stałych obozach wojskowych musiały się znajdować specjalne oddzielne budynki, w których umieszczano chorych żołnierzy, gdy poprzednio za

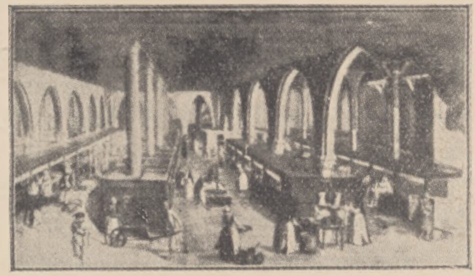
czasów Rzeczypospolitej chorzy lub ranni żołnierze musieli się leczyć w prywatnych domach lub w zwykłych namiotach, gdzie leżeli wspólnie ze swymi zdrowymi kolegami. *Cornelius Celsus* w pierwszej połowie pierwszego wieku po Chr. napisał książkę „de medicina libri octo", przeznaczoną dla właścicieli szpitali dla niewolników i oczywiście również i dla wszystkich innych lekarzy. Od IV wieku po Chr. szpitalnictwo zaczęło się coraz bardziej udoskonalać, przyczem największą zasługę położyli tu początkowo Arabowie. Bazyli Wielki (370 — 379), święty kościoła katolickiego, zbudował pod Cezareą w Kapadocji całe miasto-szpital, „Basilias", przeznaczone wyłącznie dla chorych. Szczególnie wielkiem uznaniem cieszyły się znakomite (na owe czasy) szpitale w Konstantynopolu; istniały tam już specjalne oddziały dla chorych chirurgicznych i gorączkujących; oprócz dobrych, doświadczonych lekarzy, pracowała w szpitalu cała armja pielęgniarzy i pielęgniarek. Misje chrześcijańskie budowały w klasztorach „infirmerje" przeznaczone początkowo tylko dla braci zakonnych, a oddane następnie dla użytku ogółu chorych. W planie budowy klasztoru w St. Gallen (820) znajdujemy wyznaczone pomieszczenia dla ciężko chorych, mieszkanie dla lekarza, sale dla chorych i ogródek dla chorych. Podczas pochodów krzyżowych budowano bardzo liczne zakłady zakonne, które przyczyniły się w znacznym stopniu do pomnożenia liczby szpitali. Braciszkowie zakonni: Joanici, Łazarze i wielu innych objęli w tych szpitalach opiekę nad chorymi. Pomimo postępów szpitalnictwa, które zawdzięczamy Konstantynopolowi, szpital w całej pozostałej Europie był nadal tylko miejscem udzielania doraźnych porad, zakładem opiekuńczym lub domem izolacyjnym. Domy dla trędowatych, zadżumionych i epileptyków służyły więcej dla celów izolacji niż dla leczenia. Również i pierwsze zakłady dla obłąkanych, które zbudowano w Hiszpanji (Sara-



Szpital dla zadżumionych w Wiedniu (1679).



Szpital holenderski w XVII w. *Blankaarts*



Szpital św. Jana w Brugge (1770).

gossa 1425, Sevilla 1436, Toledo 1483), służyły dla tego samego celu. Gdy w Europie rozpowszechniła się kiła, umieszczano początkowo syfilityków w zakładach dla chorych na ospę. Wprowadzone następnie do powszechnego użytku leczenie wcieraniami rtęciowemi sprawiło, że dotychczasowe szpitale zamieniły się z zakładów opiekuńczych na prawdziwe zakłady lecznicze. Stałych lekarzy przy szpitalach znajdujemy najwcześniej w Strassburgu (1500), w Lipsku (1514) i w Paryżu (1536). Mimo to całokształt szpitalnictwa nawet w XVIII wieku był w najwyższym stopniu godny pożałowania. Warunki życiowe chorych w szpitalach i stan lecznictwa szpitalnego znajdowały się na bardzo niskim poziomie. W szpitalu „Hotel Dieu" w Paryżu, który zawsze przytaczano jako przykład godny naśladowania, było tak ciasno, że często kilku chorych musiało leżeć na jednem łóżku. Gorączka szpitalna szerzyła się w tych warunkach bez żadnych przeszkód i pochłaniała dziesiątki ofiar.



Sala szpitalna w/g podręcznika lekarskiego Thiemanna, Norymberga (1682)

Dr. STAMM. Kolonja.

PRZEBIEG FIZJOLOGICZNY PRAWIDŁOWEGO CYKLU MENSTRUACYJNEGO.

(Referat według „Leczenie hormonami płciowemi", 1934).

Pod koniec prawidłowej menstruacji znajdujemy w jajniku szereg niedojrzałych pęcherzyków, które pod wpływem gonadotropowego hormonu przedniego płata przysadki rosną i dojrzewają. Ten proces rozwojowy kończy się w przybliżeniu w czasie od 12. do 14. dnia okresu międzymenstruacyjnego. Pęcherzyk pęka (dzień pęknięcia pęcherzyka) i dojrzałe jajo zaczyna swą wędrówkę przez jajowody do macicy. Z pękniętego pęcherzyka tworzy się ciałko

żółte, zjawisko, które również znajduje się pod wpływem gonadotropowego hormonu przedniego płata przysadki. Pęcherzyk dojrzewający w pierwszej połowie okresu międzymenstruacyjnego wytwarza hormon pęcherzykowy, który oddziaływuje na błonę śluzową macicy, wywołuje tam objawy proliferacji, zwiększa ilość kanalików gruczołowych i czyni ich przebieg bardziej krętym oraz pogrubia i wzmacnia błonę mięśniową. Wytwarzanie się hormonu pęcherzykowego nie kończy się jednak z chwilą pęknięcia pęcherzyka. W moczu hormon ten wydziela się, coprawda, w mniejszej ilości, jednakże jego zawartość we krwi jest w drugiej połowie okresu międzymenstruacyjnego zwiększona. Współdziałanie hormonu pęcherzykowego i hormonu ciałka żółtego, który wytwarza się w ciałku żółtem, powstałem na miejscu pękniętego pęcherzyka, przyczynia się do dalszych swoistych zmian w błonie śluzowej macicy, przygotowujących ją do przyjęcia jaja. Jeżeli jajo nie zostaje zapłodnione, wówczas Corpus luteum menstruationis ulega zwyrodnieniu. Wyzwolone przytem czynniki hormonalne wpływają prawdopodobnie przy współudziale przysadki na rozpulchnioną i rozmiękłą śluzówkę macicy w ten sposób, że oddziela się ona od swego podłoża i zostaje wydalona. Występuje krwawienie miesiączkowe, któremu sprzyja działanie hormonu przedniego płata przysadki, wywołujące przekrwienie w miednicy małej i działanie hormonu tylnego płata, wywołujące skurcz macicy.

Nie ulega wątpliwości, że w zespole tych licznych zjawisk fizjologicznych odgrywają rolę również i inne gruczoły wewnątrzwydzielnicze, jak np. nadnercza i tarczyca. Pewnem jest wszakże, że najważniejszemi hormonami regulującemi i kierującemi cyklem płciowym są przedewszystkiem hormony przysadki i jajników.

Dr. W. KUNTZE. Klin. chor. nerw. Szpitala Miejskiego w Essen.

STOSOWANIE EVIPANU-NATRIUM W PRAKTYCE PSYCHJATRYCZNEJ.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1934, nr. 25).

Pewnemu epileptykowi przywiezionemu do Kliniki dla chorób nerwowych w stanie szału wstrzyknięto natychmiast 5 cm³ Evipanu-Natrium. Chory natychmiast po wstrzyknięciu usnął, mięśnie zwiotczały zupełnie, tak że pacjenta można było z łatwością przenieść do pokoju izolacyjnego, rozebrać i umyć. Mniej więcej po 10 minutach wstrzyknięto jeszcze raz domięśniowo 10 cm³ Evipanu - Natrium, poczem chory w ciągu 5 — 6 godzin zachowywał się spokojnie. Działanie nasenno-uspokajające zastosowanych wstrzykiwań było tak pomyślne, że następnego dnia, gdy chorego przewożono do specjalnego zamkniętego zakładu dla epileptyków, wstrzyknięto znowu dożylnie 4 cm³ Evi-

panu - Natrium i 6 cm^3 domięśniowo. Od tego czasu w klinice stosuje się Evipan-Na w następujących przypadkach:

1) przy przyjmowaniu bardzo pobudzonych, niespokojnych i gwałtownych chorych,
2) dla przewożenia z kliniki do specjalnych zakładów leczniczych i opiekuńczych,
3) dla uspokojenia podrażnionych chorych przed nakłuciem zbiornika,
4) w ciężkich stanach gwałtownego pobudzenia (w połączeniu ze skopolaminą i morfiną lub innemi środkami, jak np. Veronalem),
5) dla przygotowania przy przymusowem karmieniu zgłębnikiem żołądkowym.

Epileptykom, schizofrenikom, paralitykom i chorym w stanie gwałtownego odurzenia alkoholowego wstrzykuje się natychmiast po przywiezieniu do szpitala odpowiednią dawkę Evipanu-Natrium. Dla przewożenia niespokojnych chorych do zakładu stosowano uśpienie evipanowe 21 razy. Na godzinę jazdy samochodem wystarczało przeważnie 10 cm^3, wstrzykniętych częściowo dożylnie, częściowo domięśniowo; bardzo silnym mężczyznom wstrzykiwano większe dawki. Wstrzykuje się bardzo wolno i oczekuje aż chory uśnie, następnie daje się jeszcze ½ cm^3, czeka 10 do 15 minut i wstrzykuje resztę domięśniowo. Po obudzeniu się chorzy nigdy nie skarżyli się na bóle głowy lub odurzenie.

Dla uspokojenia przed nakłuciem zbiornika autor stosował Evipan-Na w 3 przypadkach. Wobec tego jednak, że w uśpieniu evipanowem mięśnie bardzo wiotczeją, ułożenie chorego w odpowiedniej dla nakłucia pozycji bywa dość trudne i z tego względu w większości przypadków odpowiedniejszem będzie zwykłe uspokojenie zapomocą skopolaminy z morfiną.

Chorym w stanie gwałtownego pobudzenia stosowano dla osiągnięcia dłuższego uspokojenia Evipan-Natrium w połączeniu ze skopolaminą i morfiną lub Veronalem. W pewnym przypadku psychozy połogowej wstrzyknięto po zastosowaniu skopolaminy z morfiną dożylnie 2,5 cm^3 Evipanu-Natrium i po 10 minutach podano doustnie 0,5 g Veronalu. Chora, która dotychczas odmawiała przyjęcia jakiegokolwiek lekarstwa lub natychmiast je wypluwała, zatrzymała po raz pierwszy Veronal; dalsze ostrożne dawkowanie Veronalu sprowadziło dwudniowy półsen, poczem nastąpiło znaczne uspokojenie i stopniowa poprawa. W jednym przypadku pobudzenia manjakalnego i u dwóch katatonicznie pobudzonych schizofreników zastosowanie Evipanu-Natrium również dało bardzo pomyślne wyniki lecznicze.

Następnie stosowano Evipan-Natrium dla przygotowania przy przymusowem karmieniu zgłębnikiem żołądkowym, jak np. u pewnej 19-letniej dziewczyny, chorej na schizofrenję i bardzo wyniszczonej z powodu uporczywego odmawiania przyjmowania pożywienia. Wystarczyło 2 cm^3 dożylnie. Rozumie się samo przez się, że zgłębnik powinien w tych warunkach być zakładany tylko przez lekarza i że postępować należy przy tem bardzo ostrożnie. Zakła-

danie zgłębnika w uśpieniu jest bardzo łatwe. W ten sposób karmiono chorą zapomocą zgłębnika w uśpieniu evipanowem 6 razy. Przeważnie karmiono przez 3 — 4 dni, poczem chorzy zwykle zaczynali odżywiać się sami. Wstrzykuje się dożylnie 2—3—4 cm^3; wstrzykiwań domięśniowych nie stosuje się, gdyż cała procedura trwa zaledwie około 5 minut. Chorego pozostawiamy w pozycji prawie poziomej, jedynie głowę lekko unosimy. Natychmiast po uśnięciu wprowadzamy zgłębnik i to zawsze przez usta. Osobiste doświadczenie autora w karmieniu zgłębnikiem w uśpieniu evipanowem dotyczy 25 zabiegów, przyczem ani razu nie zdarzyło się, aby zgłębnik przeniknął do dróg oddechowych. Na szczególną uwagę zasługuje okoliczność, że we wszystkich przypadkach pożywienie pozostało w żołądku, podczas gdy każdy lekarz posiadający większe doświadczenie przy karmieniu zgłębnikiem dobrze wie, jak często umysłowo chorzy, a zwłaszcza katatonicy, natychmiast po zabiegu wymiotują i zwracają całe pożywienie.

W pewnym przypadku dotyczącym młodej schizofreniczki wystąpiły po dożylnem wstrzyknięciu 3 cm^3 Evipanu-Natrium zaburzenia oddechowe. Oddech stał się powierzchowny i wolny, tętno pozostało dobre. Po domięśniowem wstrzyknięciu lobeliny oddech znowu stał się miarowy i głębszy. W ciężkich przypadkach, gdy nie mamy dostatecznej pomocy, która jest, oczywiście, niezbędna przy stosowaniu dożylnem, można wstrzyknąć Evipan-Natrium również domięśniowo. Po domięśniowem wstrzyknięciu 10 cm^3 uspokojenie następowało dopiero po 15—20 minutach, chorzy nie zasypiali, a występowało jedynie ogólne zwiotczenie mięśni i stan odurzenia lub zamroczenia. Również i kombinowane dożylne i domięśniowe wstrzykiwania w dawce ogólnej 10 cm^3 sprowadzały w większości przypadków jedynie uspokojenie na 2 do 3 godzin. U silnych mężczyzn sen trwał tylko 1—1½ godziny i tylko w nielicznych przypadkach uspokojenie utrzymywało się w ciągu 4—6 godzin. Chorych odpornych na uspokajające lub nasenne działanie wstrzykiwań Evipanu-Natrium nie było wcale; nie spostrzegano również ani razu stanów pobudzenia, które możnaby było uzależnić od Evipanu-Natrium.

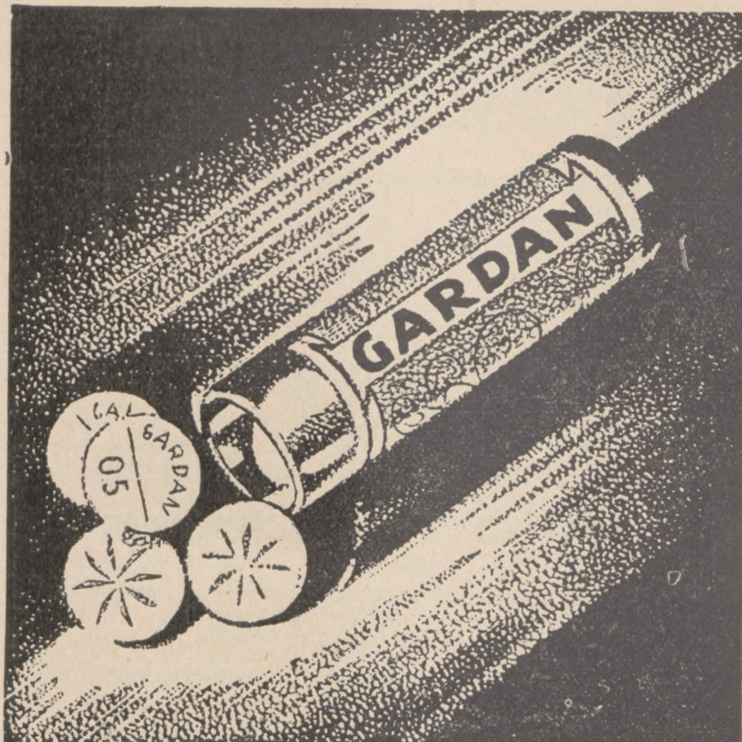
Dr. R. de BRUN.

O TAK ZWANYCH HORMONACH SERCOWYCH.

(Referat według Journ. Prat. 1934, tom 48).

Autor omawia historję choroby pewnego 47-letniego pacjenta, który przed 9 laty doznał ciężkiego zawału mieśnia sercowego i od tego czasu cierpi na daleko posuniętą niedomogę krążenia. Chory był okresowo leczony dużemi dawkami naparstnicy, lecz stan jego był ciągle bardzo poważny. Najmniejszy wysiłek lub podniecenie wywoływały natychmiast napady dławicy piersiowej. Napady te występowały pozatem często również bez jakiegokolwiek uchwytnego powodu. Chory ten, krańcowo wyczerpany, poprawił się znakomicie pod wpływem Lacarnolu. Dawkowanie Lacarnolu jest następujące: początkowo 40—80 kropel dziennie (doustnie), podzielonych na 2 lub 3 dawki, conajmniej w ciągu 10 — 14 dni; leczenia nie należy przedwcześnie przerywać, ani też nie należy zmniejszać dawkowania nawet przy szybkiej i znacznej poprawie. Dopiero z biegiem czasu wolno ograniczyć dawkę do 30, 20 i 10 kropel dziennie. Leczenie można i należy przeprowadzać w ciągu długich miesięcy, w odpowiednich zaś przypadkach należy je stosować stale. W przypadkach odpornych na działanie Lacarnolu można początkowo stosować większe dawki, lepsze wyniki dają jednak wówczas podskórne lub domięśniowe wstrzykiwania, codziennie po 1 do 2 ampułek, przyczem niezależnie od wstrzykiwań wskazane jest jednoczesne doustne podawanie. Lacarnol wywierał następnie pomyślne działanie lecznicze przy duszności sercowej i niemiarowościach na tle skurczów dodatkowych, zwłaszcza na podłożu nerwowem. Działanie Lacarnolu przy częstoskurczu napadowym było wątpliwe. Szczególnie wskazanym jest Lacarnol przy nerwicach wegetatywnych z przyspieszonem biciem serca, kołataniem, lękiem sercowym, następnie przy podobnych objawach występujących u młodych pobudliwych dziewcząt, u których rozpoznaje się wówczas zwykle „utajoną“ chorobę Basedowa, u kobiet w okresie przekwitania i nawet przy prawdziwej chorobie Basedowa.

Padutinę autor stosował u jednego chorego ze zgorzelą kończyny dolnej na tle cukrzycy. Rokowanie należało w tym przypadku uważać za stanowczo niepomyślne. Dzięki codziennym domięśniowym wstrzykiwaniom po 2 ampułki Padutiny przez 6 tygodni udało się w tym ciężkim przypadku osiągnąć znaczną poprawę. Dalszemi wdzięcznemi wskazaniami do stosowania Padutiny są według *Bruna:* chromanie przestankowe, zgorzel Raynauda, świąd, a zwłaszcza świąd starczy. Przy nadciśnieniu tętniczem Padutina wyraźniejszego efektu leczniczego naogół nie daje.


GARDAN



NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Kuracja tucząca zapomocą insuliny.

Autor omawia historję choroby pewnej bardzo wyniszczonej pacjentki, leczonej z doskonałym wynikiem insuliną. W pierwszym tygodniu kuracji chora otrzymywała jeden zastrzyk dziennie, w drugim tygodniu wstrzykiwano insulinę dwa razy dziennie, a w trzecim znowu tylko raz dziennie; każdorazowo wstrzykiwano po 10 jednostek na krótko przed jedzeniem. Przestrzeganie zwykłych środków zapobiegawczych skutecznie chroniło przed występowaniem objawów hipoglikemicznych. Chora nie miała wcale apetytu i odczuwała nawet wstręt do jedzenia; insulina wywarła na łaknienie wpływ nadzwyczaj pomyślny i chora już po kilku dniach zaczęła się domagać jedzenia; wzmożenie apetytu utrzymywało się, choć już nie w tak silnym stopniu również i po zaprzestaniu wstrzykiwań. Waga chorej zwiększyła się o 6,5 kg; to zwiększenie byłoby niewątpliwie jeszcze większe, gdyby chora mogła sobie pozwolić na niezbędne podczas takiej kuracji tuczącej leżenie w łóżku; okolicznością niepomyślną były również liczne przykrości rodzinne, które chora miała w tym czasie. Zasługuje również na uwagę fakt, że chora cierpiała uprzednio na dotkliwe bóle żołądkowe; otóż bóle te ustąpiły zaraz po rozpoczęciu leczenia insulinowego i następnie wcale się już nie powtarzały.

Dr. E. Förster, Hammelburg.
(Ther. Ber. 1934, Nr. 10).

Leczenie nieswoistych upławów zimną lampą kwarcową.

Autor naświetlał w ciągu 2—3 miesięcy zimną lampą kwarcową 30 kobiet cierpiących na nieswoiste upławy. Naświetlań dokonywano zasadniczo co 3 dni, w przypadkach zaś, w których stwierdzano współistnienie chorób przydatków — co 2 dni. Czas naświetlań wynosił początkowo 3 minuty, poczem przedłużano go do najwyżej 10 minut. Obecność przewlekłego cierpienia przydatków wymaga szczególnie ostrożnego dawkowania, gdyż w takich przypadkach łatwo występują odczyny miejscowe. Nadżarcia części pochwowej pendzlowano przed naświetlaniem $^1/_2{}^0/_{00}$-owym roztworem Trypaflaviny, aby uczulić tkankę na działanie promieni pozafioletowych. Wobec tego, że lampa przejawia całkowite natężenie swego promieniowania dopiero po 2 minutach żarzenia się, wprowadzano cewnik pochwowy po upływie tych 2 minut. Palnik należy oczyszczać po każdem naświetlaniu.

Naświetlania zimną lampą kwarcową okazywały pomyślny wpływ leczniczy nietylko przy zwykłych upławach, lecz również przy nieżytach sromu lub pochwy i przy nadżerkach. U 10 kobiet stopień czystości poprawił się z III stopnia na I, u 15 z III na II. U 5 chorych stan wydzieliny pozostał bez zmiany.

Dr. M. Scharmann,
Szpital św. Brygidy w Wiedniu.
(Wien. Klin. Wschr. 1934, Nr. 25).

Evipan — środek do usypiania dożylnego.

Spostrzeżenia autorów dotyczą 1000 operacyj wykonanych w dożylnem uśpieniu evipanowem. Potrzebna dawka Evipanu-Natrium wahała się od 2 do 11 cm³. Dla większych zabiegów operacyjnych sam Evipan-Na jako wyłączny środek usypiający okazuje się niewystarczający. Wstrzyknięcie środka prenarkotycznego, jak np. skopolaminy, na godzinę przed operacją, oddaje duże usługi i zapewnia dobre uśpienie; po 2—3 cm³ Evipanu chory przeważnie już śpi głęboko. Cza-

sami występuje lekkie drżenie, lecz znika ono szybko po kilku minutach. Po operacji w 3 przypadkach wystąpił niewielki niepokój, w 10 przypadkach (na 1000) — wymioty. Należy zwracać baczną uwagę na oddech, który zwłaszcza u starszych, wyczerpanych pacjentów może nadmiernie słabnąć, co obserwowano dwukrotnie. Ciśnienie krwi często bardzo szybko opada, mniej więcej o 20%, jednakże równie szybko znowu się podnosi; częstość tętna w tym samym czasie zwiększa się, poczem znowu powraca do normy. Dokładne zbadanie 30 przypadków wykazało, że azot resztkowy we krwi, poziom cukru we krwi i mocz nie ulegają pod wpływem Evipanu żadnym zmianom. Objawów wstrząsu nie spostrzegano ani razu; wstrzyknięcie preparatu poza żyłę, do tkanki podskórnej, jest nieszkodliwe. W rękach doświadczonego lekarza przedstawia Evipan-Na nadzwyczaj wartościowy środek narkotyczny. Jako uzupełniający środek usypiający stosowano eter i $N_2O + O_2$.

Dr. Jarman i dr. Lawrence Abel.
(Lancet 1933 nr. 5731, 1934 nr. 5767).

Spostrzeżenia nad narkozą zapomocą Evipanu-Natrium.

Honcamp dokonał w uśpieniu evipanowem przeszło 200 operacyj ginekologicznych. Uśpienie ograniczało się albo do wyłącznego stosowania Evipanu-Natrium albo też kombinowano je z narkozą eterową lub znieczuleniem lędźwiowem. Przy 150 uśpieniach czysto evipanowych dawka nasenna wahała się od 2,5—7,5 cm^3 i wynosiła przeciętnie 4 cm^3. W zależności od wieku, wagi ciała i stanu ogólnego pacjentek dawkę tę zwiększano o 2 — 4 cm^3. Czas wstrzykiwania pierwszych cm^3 powinien wynosić po $^1/_2$—1 minuty na 1 cm^3, przyczem szybkość wstrzykiwania zmieniamy odpowiednio do sposobu reagowania chorych. We wszystkich przypadkach stwierdzono wczesne wiotczenie powłok brzusznych, znacznie wcześniej przed zwiotczeniem pozostałych mięśni; z tego względu Evipan nadaje się doskonale zwłaszcza dla badań w uśpieniu, które musimy tak często stosować w praktyce ginekologicznej. Czasami przy następczem wstrzykiwaniu krew krzepła w igle, co zmuszało do wyjęcia igły, oczyszczenia i powtórnego wkłucia do żyły. Zatrzymania oddechu albo choćby przemijającej asfiksji nie spostrzegano ani razu. Ciśnienie krwi nie zachowywało się w sposób jednolity. U 21 chorych, u których skurczowe ciśnienie tętnicze jeszcze przed uśpieniem wahało się w granicach od 160 do 240 mm Hg, stwierdzono 17 razy spadek ciśnienia przeciętnie o 20 — 25 mm i 4 razy zwiększenie przeciętnie o 35 mm Hg. W pewnym przypadku zapalenia otrzewnej z niedrożnością jelit stwierdzono nadwrażliwość w stosunku do Evipanu. Chora zmarła w 10 godzin po operacji z powodu zapalenia otrzewnej. Tętno, już poprzednio drobne, stało się po wstrzyknięciu prawie nitkowate, oddech pozostawał miarowy i głęboki.

W razie potrzeby wcześniejszego obudzenia i przy zaburzeniach oddechowych znakomite usługi oddawała Coramina. W 35 przypadkach stosowano Evipan-Na w połączeniu z eterem, w tem dwukrotnie przy cięciu cesarskiem. Przy stosowaniu dawki Evipanu-Na wynoszącej 9 lub 9,5 cm^3 noworodki wykazywały niezwykłą wiotkość mięśni i były silniej uśpione niż po czystej narkozie eterowej. Następnie stosowano Evipan-Na jako dodatkowy środek usypiający przy znieczulaniu lędźwiowem, jednakże połączenie to w 4 przypadkach zawiodło. W przypadkach laparotomij, wykonanych w uśpieniu evipanowem w połączeniu ze znieczuleniem lędźwiowem, drgania i szybkie przywrócenie czynności tłoczni brzusznej były nierzadko tak znaczne, że spokojne operowanie niezawsze okazywało się możliwe. U 2 chorych wystąpiły po znieczuleniu lędźwiowem uporczywe wymioty, które pod wpływem Evipanu-Na natychmiast ustąpiły.

Dr. O. Honcamp,
Klinika Ginekologiczna w Jenie.
(Med. Klin. 1933, Nr. 32).

Polyarthritis rheumatica acuta.

Niektórzy klinicyści nie przypisują salicylowi żadnego bezpośredniego wpływu na ostry gościec stawowy; salicyl działa jakoby wyłącznie objawowo na poszczególne obja-

wy. Inni natomiast klinicyści są zdania, że salicyl nietylko przytłumia gwałtowne odczyny chorobowe, lecz hamuje jednocześnie dalsze postępowanie sprawy gośćcowej; głównym warunkiem powodzenia jest przytem zastosowanie dostatecznie dużej dawki. Należy podawać do 6 g dziennie a w razie potrzeby jeszcze więcej. Według autora nie należy się wahać i nie tracić drogocennego czasu, lecz szybko zwiększać dawkę, aż do ustąpienia gorączki. Chorym, którzy cierpią na ostry reumatyzm stawowy, należy zapewnić bezwzględny spokój fizyczny.

Autor opisuje historję pewnego 11-letniego chłopca, u którego podanie salicylu natychmiast usunęło wszystkie objawy chorobowe. Czas trwania leczenia salicylowego powinien wynosić jeszcze 14 dni po ustąpieniu gorączki. Jeżeli wówczas nie stwierdza się żadnych zmian chorobowych w sercu, to miesięczny odpoczynek powinien być dostatecznym do zupełnego wyzdrowienia. Wspomnianemu chłopcu nie podawano więcej niż 4 g dziennie. Jeżeli chory źle znosi doustne przyjmowanie salicylu, wówczas można podawać całą dawkę dobową lub jej część w lewatywkach (kilka razy dziennie po 0,5—1 g w 50—100 cm^3 wody). Salicylan sodu można częściowo zastępować również Aspiriną.

Prof. dr. W. A. Kueneu.
(Ned. Tijd. v. Geneesk. 1934, Nr. 4).

Anaemia perniciosa.

Autor opisuje historję choroby pewnej 51-letniej pacjentki, dotkniętej niedokrwistością złośliwą, powikłaną objawami nerwowemi ze strony rdzenia (Myelosis funicularis). Chorą leczono codziennemi wstrzykiwaniami Campolonu (po 2 cm^3). Pod wpływem tej kuracji ilość erytrocytów z 1.600.000 (13.III) podniosła się do 2.640.000 (25.III), 3.960.000 (10.IV) i 4.840.000 (28.V). Zawartość hemoglobiny podniosła się z 31% do 70%. Na szczególną uwagę zasługuje cofnięcie się również i objawów nerwowych. 29 kwietnia chora mogła już wstać i chodzić o kiju. 23 maja stopotrząs zniknął i objaw Babińskiego stał się wątpliwy. Chora może już chodzić prawie bez wszelkiej pomocy, jednakże chód jest jeszcze ataktyczny. Czucie powierzchowne poprawiło się znacznie. Autor omawia historję choroby jeszcze jednego pacjenta, również dotkniętego zespołem neuro-anemicznym z podostrem zwyrodnieniem rdzeniowem; otóż również i u tego pacjenta stwierdzono pod wpływem wstrzykiwań Campolonu znaczną poprawę zarówno objawów neurologicznych jak i obrazu krwi. Wprowadzenie do lecznictwa skutecznych preparatów wątrobowych w postaci wstrzykiwań stanowi znaczny postęp w terapji zaburzeń nerwowych, towarzyszących niedokrwistości złośliwej i zmienia zwłaszcza w niezbyt daleko jeszcze posuniętych przypadkach beznadziejne dawniej rokowanie neurologiczne na znacznie lepsze.

Dr. Le Cluyse, Bruksella.
(Brux. Méd. 1934, Nr. 29).

Leczenie śpiączkowego zapalenia mózgu.

Autor leczył w ciągu ostatnich kilku lat 10 chorych dotkniętych śpiączkowem zapaleniem mózgu zapomocą dożylnych wstrzykiwań Trypaflaviny. Wśród pacjentów było jedno 6-letnie dziecko. Wyniki okazały się bardzo pomyślne. Trypaflavinę wstrzykiwano 4 razy dziennie w dawkach po 10 cm^3 $^1/_2$%-owego roztworu. Już następnego dnia samopoczucie chorych poprawiało się. Gorączka opadała do normy przeciętnie po 3 dniach.

Autor uważa stosowanie dużej dawki — 4 razy dziennie po 10 cm^3 — za nieodzowny warunek pomyślnego leczenia Encephalitis

lethargica. Stosując tę metodę, autor nie obserwował przypadków odpornych na działanie lecznicze Trypaflaviny. Również *Buss* i *Peltzer* (D. M. W. 1924, str. 1014) wstrzykują wcześnie duże dawki (do 60 cm^3) ½%-owego roztworu.

Dr. Günther, Heiligendorf.

(Ther. Ber. 1934, Nr. 4).

Wartość antygenu gruźliczego Witebskiego, Klingensteina i Kuhna.

W ciągu 1932 r. *Stahn* zbadał 1000 surowic zapomocą nowego antygenu *Witebskiego*. 220 surowic osób gruźliczych lub podejrzanych o gruźlicę dostarczyły oddziały gruźlicze Szpitala Miejskiego i Poradnie Przeciwgruźlicze. Pozostałe surowice pochodziły z prób krwi nadesłanych przez szpitale, zakłady lecznicze i lekarzy prywatnych dla zbadania serologicznego na kiłę. Przy czynnej gruźlicy płuc odczyn *Witebskiego* wypadał dodatnio w 85% przypadków, ujemnie w 11%. *Klingenstein*, *Kuhn* i *Witebski* otrzymywali dodatni wynik swego odczynu u 80—90% chorych. Omawiany odczyn traci częściowo swoje znaczenie wskutek dość znacznego odsetka dodatnich odczynów u ludzi, u których klinicznie nie można wykazać żadnych objawów gruźlicy. Z tego względu odczyn *Witebskiego*, jeżeliby go wykorzystywać bez dostatecznej krytyki i ostrożności, mógłby stać się przy rozpoznawaniu źródłem błędu.

I. Stahn,
Wydz. Higj.-Bakt. Urz. Zdrowia w Bremie.

(Zbl. Bakter. 1933, tom 130).

Stosowanie Siononu przy leczeniu cukrzycy.

Spostrzeżenia autora dotyczą 7 chorych na cukrzycę lżejszego i cięższego stopnia, którym podawano Sionon (d-Sorbit). Ze względu na swą własność wytwarzania glikogenu wątrobowego i swą wartość kaloryczną Sionon nadaje się doskonale do zastępowania cukru w pożywieniu. Cukromocz po Siononie zwiększał się, a w jednym przypadku stwierdzono nawet nieznaczne zmniejszenie glikozurji. Przy podawaniu czekolady, słodzonej Siononem, krzywa glikemiczna podnosiła się o wiele słabiej, niż po czekoladzie zawierającej cukier. W pewnym przypadku ciężkiej cukrzycy poziom cukru we krwi obniżył się pod wpływem Siononu o 10,8% swej wysokości początkowej.

Dr. L. Michaud.

(Rev. Med. Suisse Rom. 1934, Nr. 3).

Spostrzeżenia nad stosowaniem Casbisu.

Wielka przewaga Casbisu nad większością znajdujących się w sprzedaży preparatów bizmutowych polega na zupełnym braku działania drażniącego i bezbolesności wstrzykiwań. Różne preparaty bizmutowe, które dawniej stosowałem, zanim się zwróciłem do Casbisu, wywoływały nierzadko bolesne nacieczenia, które zniechęcały chorych do dalszego przeprowadzania kuracji. Tolerancja zaś Casbisu jest tak dobra, że nawet wrażliwe kobiety nigdy nie skarżyły się na żadne dolegliwości związane z wstrzykiwaniami. Ani razu nie obserwowałem żadnych zapalnych nacieczeń, ropni, gorączki lub zaburzeń stanu ogólnego. Okoliczność tę uważam za ważny postęp w wytwarzaniu wysokowartościowych preparatów bizmutowych.

Dr. H. E. Feder, Dohna, Saksonja.

(Ther. Ber. 1934, Nr. 10).

Novalgina.

Novalginę, metylowaną Melubrinę, stosuję z doskonałym wynikiem już od 1925 r. dla uśmierzania bólu i leczenia wielu bolesnych zapalnych chorób stawów, ścięgien, mięśni i nerwów; Novalgina oddawała mi cenne usługi również przy wszelkich bólach w przebiegu chorób zakaźnych i przy schorzeniach opłucnej.

Najchętniej stosuję wstrzykiwania dożylne; ampułkę nagrzewam uprzednio do ciepłoty ciała i wstrzykuję bardzo powoli; ani razu nie widziałem jakichkolwiek przykrych objawów towarzyszących lub następczych. Działanie przeciwbólowe ujawnia się bardzo szybko, gorączka zaś opada wolno i łagodnie. Novalginę można również wstrzykiwać domięśniowo lub podskórnie, przyczem wstrzykiwania te są zupełnie niebo-

lesne. W wielu przypadkach zastosowanie Novalginy umożliwia uniknięcie wstrzykiwania preparatów morfinowych. Doustne podawanie Novalginy w postaci tabletek lub proszku nie jest przykre, gdyż Novalgina nie posiada prawie żadnego smaku, co ma szczególnie duże znaczenie w praktyce pedjatrycznej.

W moczu chorych leczonych Novalginą występuje po dodaniu roztworu chlorku żelazowego (10%) czerwone zabarwienie, charakterystyczne dla wielu pochodnych pyrazolonu. Choroby narządu krążenia nie stanowią żadnych przeciwwskazań do podawania Novalginy; Novalgina nie wywiera również żadnego wpływu na nerki lub wątrobę; nigdy nie stwierdziłem po zastosowaniu Novalginy białkomoczu ani urobilinurji.

Dr. Schallert, Siegburg.
(Ther. Ber. 1934, Nr. 10).

Coeliakia u dorosłego człowieka.

Sprawa dotyczy 56-letniej kobiety, dotkniętej z pozoru chorobą Heubnera-Hertera (coeliakia) i objawami o cechach sprue. U pacjentki stwierdzono: tłuszczowe stolce, czasami biegunki, tężyczkę, silne wychudzenie i charłactwo, bóle w kościach i stawach, brak kwasu solnego w soku żołądkowym, zabarwienie skóry o cechach właściwych chorobie Addisona; hipotonję, hipotermję i hipoglikemję. Wydalanie wapnia (głównie przez kiszki) było większe niż ogólna ilość przyjmowanego wapnia. Na podstawie zdjęć rentgenowskich rozpoznano osteoporozę. Chorą leczono zapomocą domięśniowych wstrzykiwań preparatu wapniowego Selvadiny; wstrzykiwania stosowano w ciągu wielu tygodni w dawkach dwa razy dziennie po 25 cm³. W ten sposób udało się poraz pierwszy uczynić bilans wapniowy dodatnim. Wobec tego jednak, że zaczęły się wytwarzać miejscowe ropnie, zwrócono się do wyłącznie do doustnego podawania wapnia (Calcium lacticum). Dzięki połączeniu leczenia wapniowego z określoną dietą, udało się nadal zachować dodatni bilans wapniowy. Podawanie Vigantolu (20 kropel, co odpowiada 12000 jednostek międzynarodowych lub 0,24 mg krystalicznej witaminy D) znacznie wzmogło wchłanianie fosforanów w kiszkach i ich wydzielanie w moczu, nadzwyczaj zaś małe od początku wydalanie wapnia w moczu zwiększyło się dwukrotnie. Według *Brulla* witamina D nie odgrywa roli utrwalacza wapnia, jest jednak wskazana dla utrzymania na właściwym poziomie równowagi kwasowo-zasadowej. Stan chorej poprawił się znacznie, stwierdzono ogólny przybytek sił, zwiększenie się wagi o 13 kg, ustąpienie bólów w kościach i w stawach i cofnięcie się objawów tężyczkowych i choroby Addisona; stolce tłuszczowe natomiast częściowo pozostały. Nie zniknęła również i hipokalcemja (6,8), co autor tłumaczy nadzwyczaj dużem zapotrzebowaniem wapnia przez kości.

Dr. M. L. Brull, Leodjum.
(Bull. l'Acad. Roy. Med. Belg. 1934).

Pęknięcie macicy wskutek dożylnych lub domięśniowych wstrzykiwań preparatów tylnego płata przysadki podczas porodu.

Rodząca, lat 29, pierwiastka; z powodu braku bólów porodowych lekarz wstrzykuje domięśniowo 10 jednostek Vögtlina wyciągu tylnego płata przysadki; wobec bezskuteczności wstrzyknięcia domięśniowego po krótkim czasie dalsze dwa dożylne wstrzyknięcia Hypophysiny po 3 i 6 jednostek Vögtlina. Bóle jednak nie wystąpiły. Dziecko tymczasem zmarło; wydobyto je kranioklastem. Ze względu na wystąpienie objawów otrzewnowych przewieziono chorą do kliniki położniczej, gdzie rozpoznano pęknięcie macicy z powodu „stosowania dożylnych wstrzykiwań preparatów przysadkowych bez odpowiednich wskazań". Ratunek okazał się już niemożliwy.

W drugim przypadku udało się przynajmniej uratować życie matki. Pacjentka miała 25 lat, rodziła po raz piąty. Otrzymała dwukrotnie po 5 cm³ wyciągu tylnego płata przysadki. Wobec braku bólów lekarz wydobył w uśpieniu chloroformowem dziecko w stanie asfiksji. Dziecka uratować już nie było można. W klinice stwierdzono pęknięcie macicy. Po ekstyrpacji macicy wyleczenie.

Kutz z Ortelsburga również opisał przypadek pęknięcia macicy po 2 domięśniowych

wstrzyknięciach po 0,5 cm^3 wyciągu tylnego płata.

W piśmiennictwie znajdujemy jeszcze następujące opisy pęknięcia macicy wskutek wstrzykiwań preparatów przysadkowych: *Probstner* (Med. Klin. 1930, Nr. 48) opisuje 4 pęknięcia, z których 3 zakończyły się śmiertelnie, *Arati* (Zbl. Gyn. 1932) — jedno pęknięcie po 6 wstrzykiwaniach z zejściem śmiertelnem, *Lipscher* (Zbl. Gyn. 1928) — 1 pęknięcie, matka uratowana, *Garcia San Martin* (Zbl. Gyn. 1929) — pęknięcie po Hypophysinie z zejściem śmiertelnem i *Fuchs* (Zbl. Gyn. 1933) — pęknięcie po domięśniowem i dożylnem wstrzyknięciu, zakończone śmiercią ze skrwawienia. Co się tyczy losu dzieci, to sprawa we wszystkich przypadkach zakończyła się śmiercią. U wszystkich kobiet, z jednym tylko wyjątkiem, wstrzyknięcie, które było powodem pęknięcia (16 razy domięśniowe, 5 razy dożylne), zostało wykonane wtedy, gdy przodująca część jeszcze nie weszła do małej miednicy. Same wstrzykiwania były dokonywane bez dostatecznych wskazań; ponadto zastosowane dawki były zbyt duże. *Mikulicz-Radecki* zaleca jako pierwszą dawkę tylko 0,2—0,5 cm^3, następnie można dawkę stopniowo zwiększać; nie należy jednak przekraczać jednorazowej dawki 3 jednostek Vögtlina. Według *Fuchsa* (Fortsch. Ther. 1934, Nr. 4) wyciągi przysadkowe działają w sposób indywidualny; dla przyspieszenia porodu należy je dawać w małych lecz dostatecznych dawkach; w okresie rozwierania ujścia należy być jeszcze ostrożniejszym, gdyż odległość między dawką skuteczną i szkodliwą jest wtedy jeszcze mniejsza niż w okresie wydalania. Przedewszystkiem zaś należy ostrzec przed wielokrotnem powtarzaniem bez zastanowienia wstrzykiwań w przypadkach bezskuteczności. Wstrzykiwania dożylne zaś należy poprostu uważać za błąd w sztuce.

Prof. dr. Mikulicz-Radecki,
Klin. położn. Uniw. w Królewcu.
(Dtsch. med. Wschr. 1934, Nr. 18).

Novalgina w przypadku uporczywej czkawki.

Uparta czkawka, mająca za podłoże tło organiczne, towarzyszące niektórym chorobom, sama stanowić może objaw groźny. Często lekarz mimo całego ogromu środków farmaceutycznych i specyfików staje wobec czkawki bezradny, nie mogąc jej niczem opanować. Częste echa w literaturze i różnorodne środki do zwalczania czkawki wskazują, jak uparcie utrzymuje się ten męczący chorego stan i jak słabo reaguje na zastosowane środki.

Starszy lekarz, cierpiący na tętniak aorty z szeregiem zmian w narządach wewnętrznych, jak powiększenie wątroby, śledziony, puchlina brzuszna oraz obrzęki dolnych kończyn, dostał nagle czkawki. Mimo usiłowań lekarzy, pragnących opanować dręczące chorego odruchy czkawkowe, czkawka nie ustępowała, trwała dnie i noce. Chory, nie mając chwili odpoczynku ani ulgi, nie mógł przełknąć nawet płynnego pożywienia. Z powodu czkawki był również zupełnie pozbawiony snu. Wreszcie do objawów czkawki dołączyły się skurcze mięśni krtaniowych, niepokojące w wysokim stopniu chorego. Przyczyną czkawki mogło być tylko podrażnienie nervi recurrentis przez naciskający tętniak. Stan stał się groźnym. Morfina z atropiną i Pyramidonem doustnie zawiodła zupełnie. Próbowano zastrzyków Luminal-Natrium — również bez żadnego skutku. W końcu przyszła kolej na morfinę w zastrzykach. Po zastrzyku morfiny chory się wprawdzie uspokajał, drzemał, ale czkawka

nie ustępowała, a gdy działanie morfiny minęło, powracała znowu z całą swoją potworną siłą. Ogólny stan chorego ulegał z dnia na dzień pogorszeniu. Jedenastego dnia nieustającej czkawki zastosowałem jednocześnie z Salyrganem, który już i poprzednio chory dostawał, *1 cm³ Novalginy dożylnie* ze skutkiem wprost nieoczekiwanym. W zadziwiająco krótkim czasie czkawka znikła zupełnie i więcej już nie powróciła. Razem z czkawką ustąpiły również skurcze krtani oraz wszystkie objawy towarzyszące.

Ze względu na to, iż nie spotykałem nigdzie wzmianki o działaniu Novalginy w uporczywej czkawce, uważam za stosowne podnieść tę zaletę tej namiastki morfiny, tembardziej, że inne środki jak Luminal, Pyramidon, Adalina, Noctal, Pantopon i morfina zawiodły zupełnie.

Dr. J. Radzikiewicz, Sądowa Wisznia.

RADA NAUKOWA POLSKIEGO TOWARZYSTWA EUGENICZNEGO.

Dnia 5 lutego b. r. odbyło się zebranie Rady Naukowej Polskiego Towarzystwa Eugenicznego, na którem dr. Wernic po zagajeniu posiedzenia omówił zakres działalności Rady Naukowej.

Do zadań Rady Naukowej należy ustalanie programu prac poszczególnych sekcyj Tow. Eugen., pobudzanie do oryginalnych badań z zakresu eugeniki. układanie planów kursów dla lekarzy oraz udzielanie stypendjów.

Na zebraniu tem dokonano wyboru władz Rady Naukowej, przyczem przez aklamację obrano prof. Melanowskiego na przewodniczącego, prof. Skalińską, doc. Stołyhwową, płk. dr. Wagę, płk. dr. Nelkena na vice-przewodniczących, oraz por. dr. Chmielowskiego i dr. Szpidbauma na sekretarzy.

W wyniku dyskusji, która się rozwinęła, postanowiono w b. r. poświęcić szereg posiedzeń omówieniu zagadnień dziedziczności zespołów chorobowych.

Jako prelegentów zaproszono szereg wybitnych specjalistów poszczególnych dziedzin wiedzy lekarskiej.

Administracja kwartalnika „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej", organu Towarzystwa Internistów Polskich, komunikuje, że z dniem 1.I.1935 r. cena zeszytu obniżona została do zł. 6.00 w Warszawie (na prowincji zł. 6.00 + porto pocztowe), przyczem objętość zeszytu powiększona została do 200 (i więcej) stron. W każdym zeszycie zamieszczone będzie zestawienie poglądowe w zakresie zagadnień interesujących ogół lekarzy praktyków. Administracja „P. A. M. W." mieści się w Warszawie, ul. Wilcza 29 m. 2, tel. 9-13-33.

Stowarzyszenie Lekarzy Spiskich organizuje podczas Zielonych Świątek od dn. 8—13 czerwca 1935 r. w miejscowościach klimatycznych Wysokich Tatr (Czechosłowacja) VII kurs dokształcający dla lekarzy, z językiem wykładowym niemieckim, przy współudziale niemieckich, węgierskich, polskich, austrjackich i czechosłowackich profesorów. Informacyj udziela: Spolok Spisskich Lekárov, Kežmarok, Czechosłowacja.

PAMIĘTAJ O BUDOWIE POMNIKA KU CZCI CZŁONKÓW SŁUŻBY ZDROWIA POLEGŁYCH ZA OJCZYZNĘ.

KONTO P. K. O.: **14.111.**

Jesteśmy w gmachu Min. Rolnictwa przy ulicy Senatorskiej, w pracowni artysty rzeźbiarza, laureata Akademji Paryskiej, profesora Wittiga.

Pośrodku pracowni, wśród rusztowań. wznosi się bryła potężnych rozmiarów, pokryta mokremi płótnami. Na znak dany przez profesora Wittiga, płótna usuwają się, a oczom naszym przedstawia się grupa dwóch postaci: sanitarjusza w bluzie żołnierskiej, podtrzymującego rannego. Sanitarjusz — to uosobienie skupienia i spokoju; chwytem silnym i pewnym, lecz zarazem

jakże miękkim i litosnym, oburącz podtrzymuje rannego. Młody ranny upada na kolana, głowa okryta chełmem zwisa bezwładnie, twarz pełna bólu; jest on przeciwstawieniem do siły i skupienia pierwszej postaci. Opadające ramiona, obnażona pierś, bezwład rannego — wzywają ratunku.

Ta rzeźba, to symbol obowiązku niesienia pomocy samarytańskiej, a została stworzona jako pomnik ku czci członków Służby Zdrowia, poległych za Ojczyznę. A jest ich cały legjon. Kule i gazy trujące nie szczędzą lekarzy, sanitarjuszów i pielęgniarek, a niemniej grożą im epidemje i choroby zakaźne, historja których łączy się zawsze z historją wielkich wojen. Lata 1919 i 1920, podczas epidemji tyfusu plamistego, pochłonęły kilkuset lekarzy, a znacznie więcej innego personelu sanitarnego. Ofiara życia w służbie zdrowia jest niemniej szczytną, niż na polu chwały, a ci, co tę ofiarę złożyli, zasłużyli na wdzięczność i pamięć narodu.

Pamięć tych licznych, znanych i nieznanych bohaterów obowiązku jest najdroższą ich kolegom: lekarzom, sanitarjuszom, farmaceutom, pielęgniarkom; nic też dziwnego, że myśl wzniesienia pomnika służby zdrowia zrodziła się w świecie lekarskim. W Komitecie skupili się przedstawiciele całej Służby Zdrowia tak cywilnej jak i wojskowej, przedstawiciele wydziałów lekarskiego i farmaceutycznego Uniw. Warszawskiego, Naczelnej Izby Lekarskiej, Ubezpieczalni Społecznej, Związków i Towarzystw Lekarskich i Farmaceutycznych, Polskiego Czerwonego Krzyża i t. d. w osobach:

Dr. Adamski Jan, Dr. Borzęcki Tadeusz, Dr. Chodźko Witold, Dr. Czubalski Franciszek, Dr. Czarnocki Wilhelm, Dr. Eberhardt Maksymiljan, Dr. Falkowski Stefan, Mr. Filipowicz Wacław, Dr. Fronczak Franciszek (U. S. A.), Mr. Gessner Jan, Dr. Gilewicz Zygmunt, Dr. Gurski Stanisław, Dr. Gluziński Antoni, Mr. Herod Franciszek, Dr. Hubicki Stefan, Dr. Konopacki Mieczysław, Dr. Koskowski Bronisław, Koźmińska Michalina, Dr. Kawiński Jan. Dr. Kaliciński Wiktor (sekretarz), Dr. Kołłątaj-Srzednicki Jan (przewodniczący), Dr. Michałowicz Mieczysław, Dr. Modrakowski Jerzy, Dr. Moszczeński Leon, Dr. Orzechowski Konrad. Dr. Owczarewicz Leon. Dr. Piestrzyński Eugenjusz, Dr. Raźniewski Zygmunt. Dr. Rouppert Stanisław, Dr. Rudzki Stefan, Dr. Rogalski Wojciech, Dr. Składkowski Sławoj, Mr. Sokolewicz Wacław, Dr. Szenajch Władysław, Dr. Szulc Gustaw, Mr. Szyszko Edmund, Hr. Tarnowska Michalina, Dr. Turski Antoni, Dr. Tubiasz Stanisław, Dr. Wernic Leon. Dr. Wroczyński Czesław, Wróblewski Antoni (skarbnik), Dr. Zembrzuski Ludwik, Dr. Zakliński Bohdan, Dr. Żmigrod Bolesław.

Wspólnemi wysiłkami całego świata lekarskiego zebrano część potrzebnych funduszów. Dobrowolne opodatkowanie się lekarzy wojskowych, składki lekarzy cywilnych, opodatkowanie się farmaceutów, subwencje rządowe i banków dały ogółem dotychczasową sumę złp. 268.009.01. *Brakującą sumę około 50.000 zł.* złożą jeszcze niewątpliwie wszyscy członkowie Służby Zdrowia wojskowej i cywilnej, wszyscy lekarze, farmaceuci, sanitarjusze i pielęgniarki.

Pomnik stanie na jednym z placów Warszawy. Będzie ozdobą naszej stolicy i uwieczni wdzięczną pamięć za ofiarę życia bezimiennych bohaterów obowiązku, — ku pamięci przyszłych pokoleń członków Służby Zdrowia, — ku pokrzepieniu ducha w godzinę próby.

Roboty rzeźbiarskie pomnika ukończone będą jeszcze w bieżącym roku. Komitet zwraca się do wszystkich lekarzy cywilnych i wojskowych o wpłacanie składek na cele budowy pomnika. na konto P. K. O. Nr. 14.111. Biuro Komitetu mieści się w Centrum Wyszkolenia Sanitarnego, ul. Górnośląska 45 (dawniej Szpital Ujazdowski).

Redaktor
Mr. Tadeusz Haładewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni „Wzorowej", Warszawa, ul. Długa 20.